DERMATOLOGISCHER JAHRESBERICHT.

Mitarbeiter des vorliegenden Bandes.

Albrecht, Max, Berlin.
Alexander, Arthur, Berlin.
de Amicis, Neapel.
Axenfeld, Freiburg i. B.
Bayet, Brüssel.
Benda, Berlin.
Bering, Fr., Kiel.
Bernhardt, Warschau.
Béron, Sophia (Bulg.)
Bettmann, Heidelberg.
Bietti, Amilcare, Padua.
Bockhart, M., Wiesbaden.
Bodon, Karl, Budapest.
Boeck, Cäsar, Christiania.
Churchman, John, Baltimore.
Cohn, K., Frankfurt a. M.
Danziger, Frankfurt a. M.
Doebel, Königsberg i. Pr.
Ehrmann, Wien.
Eulenburg, Alb., Berlin.
Feibes, Ernst J., Aachen.
Fischl, Rudolf, Prag.
Friederichs, Frankfurt a. M.
Friedländer, M., Berlin.
Fürbringer, Berlin.
Gappisch, Leipzig.
Goldberg, Berthold, Cöln u. Wildungen.
Goldenberg, Hermann, New York.
Gongora, José, Barcelona.
Gottstein, Ernst, Cöln a. Rh.
Grawitz, Charlottenburg.
Grouven, C., Bonn a. Rh.
Haas, Hamburg.
Heermann, G., Kiel.
Heller, Julius, Charlottenburg.
Herxheimer, Karl, Frankfurt a. M.
Hinrichs, Berlin.
Hoche, Freiburg i. Br.
Hopf, Dresden.
Hübner, Frankfurt a. M.
Hürter, Cöln a. Rh.
Hudovernig, Budapest.
Jesionek, Giessen.
Joseph, Max, Berlin.
Ipsen, Frankfurt a. M.
Kanitz, Heinr., Klausenburg in Ungarn.
Kayser, Harry, Leipzig.
Kerschensteiner, München.
Klein, Gustav, München.
Klingmüller, Kiel.
Krause, Paul, Jena.
Krefting, Rudolf, Christiania.
Kreibich, K., Prag.
Krösing, Stettin.
Krysinski, Warschau.
Lantos, Emil, Budapest.
Lassar, O., Berlin.
Ledermann, Reinhold, Berlin.
Lexer, E., Königsberg i. Pr.
Lieven, W. A., Aachen.
Luithlen, Friedr., Wien.
Malinowski, Feliks, Warschau.
v. Marschalkó, Klausenburg i. Ungarn.
Matthes, Max, Cöln a. Rh.
Mayer, Th., Berlin.
Meirowsky, Graudenz.
Mense, C., Kassel.
Merk, Ludwig, Innsbruck.
Meyer, Herm., Dresden.
Meyer, Karl, Berlin.
Mraček, Franz, Wien.
Müllern-Aspegren, Stockholm.
Notthafft, Freih. v., München.
Ostwalt, F., Paris.
Pagel, Berlin.
Paschkis, Heinr., Wien.
Petri, Th., München.
Pinkus, Felix, Berlin.
Pstrokowski, Warschau.
Quenstedt, F., Cöln a. Rh.
Rasch, C., Kopenhagen.
Rille, Leipzig.
Rossbach, München.
Rusch, Innsbruck.
Saalfeld, Edmund, Berlin.
Salecker, Cöln a. Rh.
Schäffer, J., Breslau.
Schiele, W., St. Petersburg.
Schmidt, Adolf, Halle a. S.
Schmidt, H. E., Berlin.
Scholtz, Königsberg i. Pr.
Schreiber, Ernst, Magdeburg.
Schwarz, O., Leipzig.
Schwenter-Trachsler, Bern.
Selenew, J. Th., Charkow.
Spielmeyer, W., Freiburg i. Br.
Stieda, A., Königsberg i. Pr.
Stock, Freiburg i. Br.
Stransky, Erwin, Wien.
Szenes, Sigismund, Budapest.
Tallquist, T. W., Helsingfors.
Tamms, W.
Thimm, P., Berlin.
Töplitz, Max, New York.
Török, Lajos, Budapest.
Ullmann, Karl, Wien.
Unna, P. G., Hamburg.
Verrotti, Neapel.
Vörner, H., Leipzig.
Volk, Richard, Wien.
de Vries, W. M., Amsterdam.
Wälsch, Ludwig, Prag
Waldvogel, R., Göttingen.
Watraszewski, X. v., Warschau.
Weiler, F., Leipzig.
White, Charles James, Boston.
Wicherkiewicz, Bol., Krakau.
Wichmann, P., Hamburg.
Winiwarter, A. v., Lüttich.
Wolff, A., Strassburg i. E.
Zeissl, v., Wien.

DERMATOLOGISCHER
JAHRESBERICHT.

UNTER

MITWIRKUNG VON FACHGENOSSEN

UND

IN VERBINDUNG MIT **W. TAMMS**

HERAUSGEGEBEN

VON

O. LASSAR.

ERSTER JAHRGANG:

ÜBER DAS JAHR 1905.

WIESBADEN.
VERLAG VON J. F. BERGMANN.
1907.

Druck der Kgl. Universitätsdruckerei von H. Stürtz in Würzburg

Vorwort.

Auf dem Gebiete der Dermatologie gab es bis jetzt einen selbständigen Jahresbericht nicht. Zwar enthalten seit langer Zeit die allgemeinen Repertorien eingehende und umfassende Abschnitte über unser Fach. Auch sind den Archiven meist von Zeit zu Zeit Inhaltsverzeichnisse beigefügt, die eine Übersicht und ein Nachschlagen ermöglichen, Jedoch fehlt Autoren und Forschern zum Studium ein Anhalt, um die Literatur der jüngstvergangenen Jahre in authentischer Weise zu beherrschen. Dem soll nunmehr abgeholfen werden. Freundwilliges Entgegenkommen der auf dem Gebiete der Jahresberichte so viel bewährten Verlagsbuchhandlung J. F. Bergmann in Wiesbaden hat es ermöglicht, die Anfangsschwierigkeiten zu überwinden. Ist ein derartiges Werk erst einmal vorhanden und im Gange, so mehren sich die Zuflüsse. Aus dem Nichts heraus die Zusammenarbeit so vieler und heterogener Faktoren zu beschaffen, fordert viel Schreibwerk, bedingt Weitläufigkeiten und ein erst zu schaffendes Verständnis für die gemeinsame Aufgabe. Fast vollendet wird sie vielfach von neuem unterbrochen. Auf einem Teil des Arbeitsfeldes homogen und gleichmässig geordnet, gibt das Ergebnis schliesslich doch grundsätzliche Gegensätze und Verschiedenheiten zu erkennen. Dies Alles auszugleichen, bildet die fernere Arbeit der Herausgeber. Einstweilen müssen sie für das immer wieder neu im Werden begriffene Werk nachsichtige Beurteilung erbitten. Zugleich aber geht die Aufforderung an die dermatologischen Gelehrten des In- und Auslandes sich kollegialischer Mitarbeit zu widmen. Einsendung von Einzelarbeiten, Aufsätzen, Referaten, Gesellschaftsberichten und Büchern werden das Material bereichern und die Vollständigkeit gewährleisten. Namentlich auf wissenschaftlich bemerkenswerte Mitteilungen, auf grundlegende Auffassungen kommt es an. Aber auch die Kasuistik ist von Bedeutung. Sie stellt die Bausteine dar. Auf ihrem Fundament haben sich klinische und anatomische Lehrmeinungen zu erheben. Ebenso sind die Grenz-

gebiete willkommen, alle jene medizinischen Beobachtungskreise die, mit den dermatologischen Disziplinen in Beziehung stehen. Und wo fehlte eine solche? Die Zeit ist im Schwinden, wo der Spezialisierungstrieb eine Abgeschlossenheit von Fach zu Fach voraussetzte oder gar forderte. Mehr und mehr wird sich jeder Mediziner bewusst, dass er fast überall orientiert bleiben muss, um auch bei sich zuhause zu sein. Dazu dient der Jahresbericht. Stets zur Hand wird er Ärzten jeder Richtung die Materialien der Dermatologie erschliessen. Mit einem gewissen Staunen mögen sie dann ersehen, wie ein noch verhältnismässig jüngeres und in seinen Grenzen engeres Feld reiche Früchte der Erkenntnis trägt, deren Wert für die Gesamtmedizin mehr und mehr in die Wage fällt. Dazu der Ausgleich von Kenntnissen im internationalen Sinne. Vermitteln bereits zahlreiche literarische Verbindungen aller Art zwischen den Vertretern der Länder, so bleibt Einsicht in die Quellen doch nur Wenigen vorbehalten. Diese wird wesentlich durch das Vorhandensein eines fortlaufenden Jahresberichtes erleichtert. Nur muss es mit der Zeit gelingen, die Veröffentlichungen des Auslandes in gleicher Vollständigkeit heranzuziehen. Hierbei rechnen wir mit Verständnis und Hingabe der Herren Kollegen auf unserem und anderen Erdteilen. Ihre Zahl ist, wie aus dem Verzeichnis hervorgeht, bereits eine grosse — unter ihnen jüngere Kräfte und weltgerühmte Namen. Jedem von Ihnen herzlich empfundener Dank! Mögen sie alle sich auch in Zukunft mehr und mehr uns widmen, ihre Mitarbeiter, Schüler und Genossen für diese gemeinsame Arbeit interessieren. Stellt diese doch eine Einigung der Kräfte, die Resultante vielfacher Komponenten, den gemeinsamen Index dar, der uns alle in dem Wahlspruch leitet: Wahrheit und Wissenschaft.

O. Lassar.

Ausser den in diesem Bande als Mitarbeiter angeführten Gelehrten haben noch nachstehende Fachgenossen ihre literarische Betätigung für künftige Jahrgänge freundlichst in Aussicht gestellt:

Allgeyer, Viktor, Turin.
Andryson, Bromberg.
Bierhoff, Frederic, New York.
Blanck, Potsdam.
Blaschko, A., Berlin.
Brocq, Paris.
Buschke, Berlin.
Busck, Kopenhagen.
Chrzelitzer, Posen.
Colombini, Cagliari.
Crocker, London.
Delbanco, Ernst, Hamburg.
Demetriade, G., Jassy.
Dendrinos, Georges, Athen.
Downie, Glasgow.
Dreuw, Berlin.
Dubreuilh, Bordeaux.
Ehlers, Kopenhagen.
Falcão, Lissabon.
Friedel, G., Paris.
Goldzieher, W., Budapest.
Gradenigo, G., Turin.
Guisy, Barthélemy, Athen.
Hald, P. Tetens, Kopenhagen.
Haslund, Poul, Kopenhagen.
Heiderich, Göttingen.
Hirschmann, L., Charkow.
Holländer, Eugen, Berlin.
Howe, Lucien, Buffalo.
Jackson, George T., New York.
Kiesow, F., Turin.
Leredde, Paris.
Lie, H. P., Bergen i. Norw.
Lortet, Lyon.
Morris, Malcolm, London.
Müller, Jul., Wiesbaden.
Mygind, Holger, Kopenhagen.
Nobl, G., Wien.
Peter, W., Königsberg i. Pr.
Petrini de Galatz, Bukarest.
Pospélow, A. J., Moskau.
Sack, Heidelberg.
Salomon, Oskar, Coblenz.
Sato, Tsuneji, Sakura i. Japan.
Schild, Magdeburg.
Schirren, C., Kiel.
Selhorst, S. B., s' Gravenhage.
Steiner, R., Rom.
Tomasczewski, E., Halle a. S.
Welander, Stockholm.
Wolters, Rostock i. M.
Zuntz, Berlin.

Inhaltsverzeichnis.

I. Teil: Dermatologie.

II. Teil. Lues und venerische Helkosen.

III. Teil. Krankheiten der Geschlechtssphäre (ausschliesslich Lues und venerische Helkosen). Krankheiten der Harnwerkzeuge.

IV. Teil: Allgemeines.

I. Teil.

Dermatologie.

I.

Geschichtliches.

Von **Pagel**-Berlin, mit Beiträgen von **Krefting**-Christiania, und **Müllern-Aspegren**-Stockholm.

Literatur:

1. Borgo, C. J., Radesygen. Tidsskrift for den norske lagoforening. Nr. 12 und 13. 1904.

1a. Bühler, F, Der Anssatz in der Schweiz. Medizinisch-historische Studien. Dritte und letzte Abt. Mit 10 Abb. Zürich. (Vergl. dazu Schweizer Korresp.-Bl. 1906. 26. 2. S. 52.)

2. Buret, F., Analyse de deux documents du 13. siècle relatifs à la syphilis présentés au Congrès d'Algier. Progrès. 34. année. 21. Nr. 21. S. 321.

3. Caeoli, Vincenzo, I sifilografi modenesi del sec. 16. Modena. (Eröffnungsvorlesung der dermosyphilit. Klinik im Semester 1903/4, behandelt A. Fontana, A. Scanaroli, N. Macchelli, H. G. Falloppio, die Kuren von Berengario da Carpi u. a. in 18 Abschn.)

4. Ebstein, Erich, Zur Geschichte der venerischen Krankheiten in Göttingen. Janus. 10. 178.

5. Finger, E., Die Generrhöe sonst und jetzt. Ein Rückblick auf die letzten 25 Jahre. Pathologie und Therapie der Gonorrhöe. Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 1. S. 28.

6. Kirch, J. P. (Pastor in Escheringen), Die Leproserien Lothringens, insbesondere die Metzer Leproserie S. Ladre in Montigny. Jahrb. der Ges. für Lothringens Geschichte und Altertumskunde. 16. 1904. S. 56. (Zitiert nach S. in Mitt. d. D. Ges. f. Gesch. d. M. H. 17. S. 178).

7. Kleinwächter, Ludwig, Einige Worte zur Streitfrage über die Herkunft der Lues. Janus. 10. 246.

8. La Bonne, Henry, Les frictions mercurielles au siècle dernier. France m. Nr. 17. S. 33.

9. Lippert, Waldemar, Archivrat in Niederlössnitz bei Dresden, Das Auftreten der Franzosenkrankheit in der Niederlausitz 1502. Niederlausitzer Mitt. Guben. 9. 279. Sep.-Abz.

10. Manassein, M. P., Beiträge zur Geschichte der Dermato- und Venerologie. Übers. von Dr. Otto Steinborn, Thorn. Monatsschr. f. Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene. Herausg. v. Ries, Leipzig, 2. 11. S. 494.

11. Mc.Kee, The ethics of gonorrhoea in the female. Vortr. in der geburtshilfl. Ges. zu Cincinnati. 10. Nov. 1904. Lancet-Clinic vom 21. Jan. Sep.-Abz.

12. Neumann, J., Über präkolumbische Knochenfunde im Hinblick auf die Frage über die Provenienz und das Alter der Syphilis. Wiener klin. Rundsch. 19. 4. S. 57.

13. Derselbe, Über die an den altperuanischen Keramiken und anthropomorphen Tongefässen dargestellten Hautveränderungen mit besonderer Rücksicht auf das Alter der Syphilis und anderer Dermatosen. Wien.

14. Derselbe, Eine Studie an den altperuanischen Tonfiguren und anthropomorphen Gefässen in Bezugnahme auf das Alter der Syphilis und anderer Hautaffektionen.

Vortr. geh. in der Gesellsch. der Ärzte. Wien, 13. Jan. Wien. med. Wochenschr. Nr. 6. S. 269.
15. Neumann, J., Beitrag zur Geschichte und Klinik des Fibroma molluscum. Allgem. Wien. med. Ztg., S. 4, 17, 41.
16. Neumann, Wladyslav, Weiteres über die Wichtelzopfkrankheit. Leipzig.
17. Pérot, N., Étude sur la syphilis chez le médecin. Thèse. Lyon.
18. Ribior, Louis de, La prophylaxie et le traitement des affections vénériennes en Auvergne à la fin de l'Ancien Régime. France m. Nr. 24. S. 457.
19. Derselbe, Das Alter der Syphilis in Nordamerika. New York. J. vom 27. 5. S. 1071. (Vergl. Referat im Janus 10. 651 von G. Treille.)
20. Richter, Paul, Über die angeblich älteste dermatologische Schrift des Melampus: „De naevis".
21. Róna, S., Zur Geschichte der Vincentschen Angina. Arch. f. Dermat. und Syph. Bd. 75. S. 428.
22. Schelenz, Hermann, Salbenbehälter in der Geschichte und in der Sprache. Pharm. Ztg. S. 405.
23. Derselbe, Über einen vergessenen Vorläufer von Schenck. (Joh. Christoph Hencke). 77. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Abt. f. Gesch. der Med. und der Naturwiss.
24. Welander, Eduard, Beitrag zur Geschichte der venerischen Krankheiten in Schweden. Wilh. Billes Buchverlag, Stockholm.

Borge (1) lieferte eine historische Übersichtsarbeit von der Radesyge, die eine grosse Ansbreitung besonders zwischen den Bauern in Norwegen in letzter Hälfte des achtzehnten Jahrhunderts hatte. Die Priester waren die ersten, welche die Krankheit als venerische Krankheit erkannten, während die Ärzte lange die Krankheit nicht verstanden und sie gewöhnlich für eine Art Spedalskhed (Lepra) hielten. Im Jahre 1817, nachdem Norwegen seine eigene Universität bekommen hatte, lieferte der spätere Professor Fredrik Holst seine Habilitationsprüfung von diesem Thema: „Morbus quem radesyge vocant, quinam sit quanamque ratione e Scandinavia tollendus". In dieser Abbandlung wird stark dagegen polemisiert, dass die Radesyge etwas mit Syphilis zu tun haben sollte. Borge erwähnt in seiner Arbeit viele einheimische und ausländische Ärzte, die sich mit dem Studinm der Krankheit beschäftigt baben; volle Klarheit aber wurde erst durch die Arbeit W. Boecks: „Traité de la Radesyge" 1860 erreicbt.

Krefting (Christiania).

Buret (2) vertrat die Société de méd. de Paris als Delegierter und war Generalsekretär des Kongresses. Er macht bauptsächlich auf eine Stelle bei Michel Scotus (1214—1291) aufmerksam zum Beweise dafür, dass dieser Autor bereits Lues congenita beschrieben habe: „Si vero mulier fluxum patiatur et vir eam cognoscat, facile sibi virga vitiatur, ut patet in adolescentibus, qui hoc ignorantes vitiantur, quandoque virga, quandoque lepra. Et si mulier tunc concipiat, conceptus efficietur vitiosus defectu membri uti digitus vel virtute visus". Auf eine ähnlich klingende Stelle in Gordons „Lilium med." haben bereits Peypers, Güntz u. a. aufmerksam gemacht. Doch lassen die Zitate auch sehr gut eine andere Deutung zu.

Ebstein (4). Um Syphilis hat es sich offenbar bei der Frau Anne Elisabeth Grabenstein gehandelt, die 1731 vom Chirurgen Harlitz behandelt wurde. Darauf bezügliche Dokumente befinden sich im Göttinger Stadtarchiv. Ferner hat Ebstein aus den Akten die eingehendere Krankengeschichte einer Frauensperson Namens Blankenburg ermittelt die im „blauen Turm" in Isolierbehandlung des Stadtphysikus Chr. H. Panen stand (1751) und vermutlich Decoctum Zittmanni verordnet er-

hielt. Zur Schilderung der sittlichen Verhältnisse unter den Göttinger Studenten übergehend, weist Ebstein zunächst auf die strengen Prohibitivmassnahmen hin, welche in Jena gegen die unter den Studenten eingerissene Unzucht getroffen waren. In Reskripten aus Göttingen vom Jahre 1748 finden sich ähnliche Bestimmungen wegen Fortschaffung und Bestrafung von unzüchtigen Weihspersonen und der alle 4 Wochen unvermutet vorzunehmenden Visitation. Trotzdem war venerische Infektion unter den Göttinger Studenten stark verbreitet. Ebstein weist auf ein Epigramm von G. C. Lichtenberg hin, auf einige seiner Aphorismen, sowie auf ein Schreiben desselben d. d. Hannover 27. Aug. 1772 und auf einige andere Nachrichten, von Marx, Johann Martin Miller, Verfasser des „Briefwechsels dreyer akademischer Freunde“, F. C. Laukhards Selbstbiographie und verschiedene anonyme Schriften. Fast ein Viertel der Göttinger Studenten soll danach um 1772 infiziert gewesen sein, 176 unter 798. Übrigens waren in dieser Zeit die Klagen über die herrschende Unsittlichkeit auf den Universitäten an der Tagesordnung; sie gelten ebensosehr vom weiblichen Geschlecht. Eine Hauptquelle für die Kenntnis der damals üblichen Behandlungsmethoden bildet Girtanners „Abhandlung über die Venerische Krankheit“, Göttingen 1788; bei den 10 verschiedenen Methoden spielt das Quecksilber die Hauptrolle. Anfangs des 19. Jahrhunderts ist eine geringe Besserung in bezug auf die Verbreitung der „Liebesseuche“ festzustellen, wozu auch die Gründung der Burschenschaften beigetragen haben soll. Privilegierte Häuser zu besuchen wurde als eine Schande gebrandmarkt. Die Nachrichten hierüber werden etwa von 1815 ab spärlicher. Ebstein verweist noch auf die Nachrichten in den Werken von Conradi, Fuchs, auf die jüngeren Göttinger Dissertationen von Hans Reichenbach (1887) und A. Pröve (1896) und deren statistische Angaben. Am Schluss streift Ebstein kurz die Verhältnisse von Berlin und Breslau nach Publikationen von R. Waldvogel (1905) und Neisser.

Kleinwächter (7) macht zum Beweise für „Lues veterum“ auf die bekannten Stellen in Hippokrates „Epidemien“, Buch 4 und 6, aufmerksam, wo von den eingesunkenen Nasen nach Verlust des knöchernen Gaumens die Rede ist. Nach Ansicht der Amerikanisten ist ebensogut die Deutung auf Lupus und ähnliche Affektionen nichtsyphilitischer Natur zulässig.

Lippert (9) weist auf das Vorkommen in Thüringen und auf den bekannten Streit zwischen Pollich und Pistoris hin. Bereits zu Ende des 15. Jahrhunderts bestand „das Franzosenhospital“ für Syphiliskranke in Leipzig; in Freiberg erscheint ein Franzosenhaus 1501. Im 16. Jahrhundert entstanden dann in Zwickau, Dresden, Chemnitz und anderswo Franzosenhäuser. Eine wertvolle Quelle für unsere Kenntnis von der Ausbreitung der Venerie bilden die „Miracula S. Bennonis“, Rom 1521, wo sehr viele Fälle von Syphilis mitgeteilt werden, speziell in Kapitel 3 bis 5 auf Grund von Spezialuntersuchungen, die 1515 in der ganzen Meissener Diözese inkl. Ober- und Niederlausitz stattgefunden hatten. In Kapitel 2 § 36 der genannten Schrift befindet sich eine Zusammenstellung der Heilung von 9 an Morbus gallicus Erkrankten aus dem Jahre 1499, darunter Leute aus Meissen und Torgau. In Kapitel 5 §§ 60—62 werden 50 Personen aus allen Ständen aufgezählt: Adlige, Bürger, Bauern, Geistliche, Eheleute, Ledige und sogar Kinder beiderlei Geschlechts aus 18 Ortschaften. Selbst der Landvogt von Oberlausitz

und spätere Oberhauptmann von Ober- und Niederschlesien, Herzog Karl I. von Münsterberg erscheint auf der Liste. Unter den Geheilten werden auch zwei Niederlausitzer aufgeführt. In einem Erlass des Herzogs von Sachsen an den damaligen Amtmann zu Soran, Christoph von Rechenberg, vom 25. Dezember 1502 findet sich die Aufforderung, „den Franzosenarzt Lorenz Hipler zu Ullertdorf zu veranlassen, mit seinem Zeug sofort nach Dresden zu kommen, um daselbst die Krankenbehandlnng zu übernehmen“. Lippert teilt den bezüglichen Text im Wortlaut mit und meint mit Recht, dass es sich schwerlich nm einen studierten Arzt, sondern nm einen „Kurpfuscher“ oder einen sogenannten „Heilkundigen“ gehandelt hat, da die akademische Bezeichnung als Magister oder Dr. med. fehlte. Jedenfalls hat die Niederlausitz die „allerdings etwas zweifelhafte Ehre, den ersten deutschen Syphilisspezialisten im Jahre 1502 ihr eigen nennen zu dürfen“. Die ersten Fälle von Syphilis müssen sich nach Lipperts Vermutnng jedenfalls schon lange vor 1502 in der Niederlausitz gezeigt haben, zumal bereits 1499 in Meissen und Torgau Fälle nachweisbar sind. Nähere Nachrichten über das Heilverfahren fehlen leider. Lipperts kleine Pnblikation ist ein bemerkenswerter Beitrag zur Geschichte der Ausbreitung der Syphilis in Deutschland.

Auf Grund zahlreicher über 500 Jahre alter syphilitischer Knochenveränderungen, die man in den Gräbern der alten Welt gefunden hat, hält J. Nenmann (12) die Hypothese vom amerikanischen Ursprnng für unberechtigt.

Nachweis an Tongefässen etc., dass Syphilis bereits vor Kolnmbus in Amerika geherrscht hat, womit aber durchaus noch nicht der Nachweis erbracht ist, dass die Syphilis amerikanischen Ursprungs ist. J. Neumann (14) glaubt vielmehr, dass Syphilis vor Entdeckung Amerikas in der alten Welt geherrscht hat.

Ergänzung zu W. Neumanns (15) vorjähriger Abhandlung; W. Neumann widerlegt mehrere gegnerische Behauptungen gegen seine neuropathologische Auffassung der Plica als selbständiger Affektion, besonders die Deutung von Beschornes in der Plicaliteratur berühmt gewordenem Experiment, die Ansichten von Hamburger, Studziениecki, Joseph, Lesser u. a. Die Tatsache, dass neben der wahren Plica sehr oft auch Fälle von falscher Plica vorkommen, bei der Vorurteil und Aberglaube, weniger aber Unreinlichkeit die Entstehungsursache bilden, stellt auch W. Neumann keineswegs in Abrede.

Aus der ausserordentlich verdienstvollen nnd gewissenhaften Arbeit Welanders (24), die sich nur sehr schwer kurz referieren läßt, sei bloss folgendes angeführt:

Lues dürfte zu Aufang des 16. Jahrhunderts in Schweden eingeführt worden sein, und im ersten bekannten Buch (von Benediktus Olaus 1578), wo die Krankheit beschrieben wird, führt sie den damals in Nordeuropa gebräuchlichen Namen: Franzosen(krankheit). Die venerischen Krankheiten hatten in der ersten Hälfte des 18. Jahrhnnderts eine fürchterliche Verbreitung im ganzen Lande erhalten, was sich u. a. auf folgende Gründe zurückführen lässt: 1. An der Westküste blühte in gewissen Jahreszeiten ein grosser Heringsfang, und es fanden sich dort über 10000 Personen, meist jüngere Männer und Frauen zusammen, von welchen sich eine grosse Menge venerische Krankheiten zuzogen. Wenn diese Personen dann nach Beendigung der Fischzeit in ihre Heimatsorte zurückkehrten, so verbreiteten sie die Krankheit dort. 2. Die

beweglichen Kriegsheere verbreiteten überall, wo sie hinkamen, diese Krankheiten. 3. Hausierer und wandernde Handwerksgesellen ebenfalls. 4. Der grosse Schrecken, den man vor den Krankheiten hatte, machte, dass die davon Infizierten ihre Krankheit so lange als möglich geheim hielten und also ihre Umgebung der Ansteckung aussetzten.

Die Frequenz der Krankheit hat nun bedeutend abgenommen, teils, weil die obengenannten Faktoren vollständig oder teilweise weggefallen sind, teils unter anderem 1. zufolge der in der Mitte des 18. Jahrhunderts vorgenommenen, nunmehr ausser Gebrauch gekommenen Krankenvisitationen sämtlicher Personen (Männer, Frauen und Kinder) in ganzen Kirchspielen von seiten der Kreisphysici und der Verlegung der Kranken ins Krankenhaus, 2. zufolge der in Schweden seit 1817 vorschriftsmässigen kostenfreien Krankenhauspflege eines jeden venerisch Kranken.

Von sämtlichen 1871—1896 in nichtstaatlichen Krankenhäusern wegen Syphilis behandelten Patienten sind 15% insontes angesteckt worden; davon sind ungefähr 1% Kinder, welche von ihren Ammen infiziert worden sind, und ungefähr ebenso viele Ammen, welche von den ihnen übergebenen Säuglingen angesteckt worden sind. Eine gleichmässige Abnahme hat indes der Prozentsatz für die insontes Infizierten aufzuweisen. Um die Gefahr vor der Ansteckung durch syphilitische Ammen zu vermindern, wurde bereits 1757 ein Ammenanschaffungsbureau unter ärztlicher Kontrolle eingerichtet. Um es zu verhindern, dass hereditärluetische Kinder ihre Umgebung anstecken, ist für solche im Jahre 1900 auf die Initiative des Professors Welander in Stockholm ein Krankenhaus gegründet worden, wo die Kinder 3—4 Jahre bleiben und in dieser Zeit intermittente Hg-Kuren durchmachen.

Besichtigung von liederlichen Frauen, Anwärterinnen usw., wo man dies für nötig hielt, wurde 1812 vorgeschrieben. Regelmässige Besichtigung von solchen begann in Stockholm 1847, und die jetzige Reglementierung mit Zusammenkoppelung des Polizeilichen mit dem Sanitären datiert vom Jahre 1859. 1840 wurden Bordelle eingerichtet, mussten aber bald wieder verboten werden.

Zur Prophylaxis der venerischen Krankheiten wird besonders betont: Eine auf humanerem Grunde basierende Reglementierung der Prostitution (siehe Welanders Vorschlag zur 1. Brüsseler Konferenz); freie Krankenhausbehandlung der venerisch Kranken in besonderen Abteilungen der gewöhnlichen Krankenhäuser (also keine Spezialkrankenhäuser); Strafe auf geschlechtlichen Verkehr, in den ein venerisch Kranker tritt; Verbesserung des Unterrichts in den venerischen Krankheiten.

Müllern-Aspegren.

II.

Anatomie der Haut, der unteren Harnwerkzeuge und der männlichen Geschlechtsorgane.

Von **C. Benda**-Berlin, mit Beiträgen von **v. Marschalkó**-Klausenburg, gemeinsam mit **Heinrich Kanitz**-Klausenburg, und von **G. Verrotti**-Neapel (im Auftrage von **De Amicis**-Neapel).

Literatur:

1. **Bascho, Paula**, Beobachtung eines Restes des Hautrumpfmuskels beim Menschen, Pars thoracalis lateralis desselhon. Gegenbaurs morphol. Jahrb. Bd. 33. S. 374.
2. Bazy, P. ot Doschamps, M., Étude sur la longuenr do l'urèthre chez l'homme. Ann. des mal. dos organes gén.-urin. 1. Fehr.
3. Burkhardt, L., Über Lebensdauer und Lebensfähigkeit der Epidermiszellen. Physikalisch-med. Ges. in Würzburg. 8. VI.; Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 79. S. 216.
4. Busch, Über das Vorkommen lymphoiden Gewebes in der Schleimhaut der männlichen Urethra. Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. u. f. klin. Med. Bd. 180. S. 108.
5. Caminiti, Rocherches sur les lymphatiques de la prostate humaine. Ann. des mal. des organes gén.-urin., 1. Oktobor.
6. Consentino, Andrea, Sulla distribuzione dol tessuto olastico nella prostata dell' uomo e degli animali. Anat. Anz. Bd. 26. S. 293.
7. Delhanco, Übor das gehäufte Auftreten freier Talgdrüsen an den kleinen Lahien. Biol. Abt des ärztl. Voroins Hamburg. 3. I.
8. Dogiol, A. S., Der fibrilläre Bau der Norvenendapparate in der Haut des Menschen und der Säugetiere und die Nenronentheorio. Anat. Anzeiger. Bd. 27. S. 97.

8a. Eggeling, H., Über dio Stellung der Milchdrüsen zn don übrigen Hautdrüsen. III. Mitteilung: Die Milchdrüsen und Hautdrüsen dor Marsupialior. Somons zoologische Forschungsreisen. Jena. S. 301.

8b. Derselbo, Über die Drüsen des Warzenhofes beim Menschen. Jenaische Zeitschrift f. Naturwiss. Bd. 39. S. 423.

9. Derselbe, Zur Morphologie der Augenlider der Säuger. Jenaische Zeitschr. f. Naturwiss. Bd. 39. S. 1.
10. Ferrari, A., Freie Talgdrüsen an den äusseren Genitalien. Italien. Gesellsch. f. Haut- und Geschlechtskrankh Dez. Italien. Zeitschr. f. Haut- und Geschlechtskrankh. 1906. Heft 1.

11a. Grosser, Otto, Metamere Bildungen der Haut der Wirbeltiere. Zeitschr. f. wissensch. Zoologie. Bd. 80. S. 56.

11b. Derselhe, Zur Frage der segmentalen Gefässversorgung der Haut beim Menschen. Gegenbaurs morphol. Jahrb. Bd. 33. S. 555.

12. Grosz, Siegfr., Beiträge zur Anatomie der akzessorischen Geschlechtsdrüsen der Insektivoren und Nager. Arch. f. mikroskop. Anat. u. Entwickelungsgesch. Bd. 66. S. 567.
13. Guizetti, Pietro, Über die normale und pathologische Struktur der Wand der gewundenen Samenkanälchen beim erwachsenen Menschen. Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allgem. Pathol. Bd. 37. S. 625.

14a. Lichtenberg, Alexander, Adatok a férfi húgycsövének fejlö dés ehez ès szövettanához. (Beitr. zur Entwickelung und Histologie der Urethra des Mannes.) Kgl. ungar. Akad. d. Wissensch. 20. Juni.

14b. Derselbe, Über die Herkunft der paraurethralen Gänge des Mannes. Münch. med. Wochenschr. S. 1192.

15a. Löwy, Heinr., Die Rückbildung der Allantois beim Menschen. Arch. f. Anat. u. Physiol., Anat. Abt. S. 159.

15b. Lombardo, C., Über den mikroskopisch-chemischen Nachweis der Fettkörperchen Ital. Gesellsch. f. Haut- und Geschlechtskrankh. Dez. Ital. Zeitschr. f. Haut- und Geschlechtskrankh. 1906. Nr. 1.
16. Neuhaus, Gefässversorgung des Hodens und Nebenhodens. Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. 19. VI.
17. Paschkis, jun., Mikroskopische Präparate von Divertikeln der Harnröhre bei einem männlichen menschlichen Embryo. Verhandl. d. Wien. dermatol. Gesellsch. 24. V. (Diskuss. Groes).
18. Pauliet, Valeur embryologique de la prostate. Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux. 3. Dezember.
19. Pinkus, Felix, Über Hautsinnesorgane neben dem menschlichen Haar (Haarscheiben) und ihre vergleichend-anatomische Bedeutung. Verhandl. der naturforschenden Gesellschaft zu Freiburg i. B. vom 27. Febr.
20. Ramm, Malka, Über die Zotten der Mundlippen und der Wangenschleimhaut beim Neugeborenen. Anat. Hefte. Bd. 29. S. 55.
21. Richardson, W. G., The development and anatomy of the prostate gland, together with an account of its injuries and diseases and their surgical treatment. London, J. and A. Churchill.
22. Rigal, A., Recherches histologiques sur la muqueuse vésicale. Thèse de Lyon.
23. Rothschild, Alfred, Über eine besondere Drüsenformation in der Prostata Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. und f. klin. Med. Bd. 180. S. 522.
24a. Ruge, Georg, Zusammenhang des Musculus sternalis mit der Pars abdominalis des M. pectoralis maior und mittelst dieser mit dem Achselbogen. Gegenbaurs morphol. Jahrb. Bd. 33. S. 348.
24b. Derselbe, Der Hautrumpfmuskel der Säugetiere. Der M. sternalis und der Achselbogen des Menschen. Gegenbaurs morphol. Jahrb. Bd. 33. S. 379.
25. Schlaginhaufen, Otto, Das Hautleistensystem der Primatenplanta unter Mitberücksichtigung der Palma. Gegenbaurs morphol. Jahrb. Bd. 33. S. 577.
26. Schridde, Herm., Die Protoplasmafasern der menschlichen Epidermiszellen. Arch. f. mikroskop. Anat. u. Entwickelungsgesch. Bd. 67. S. 291.
27. Stiedn, A., Die akzessorischen Gänge am Penis. Arch. f. klin. Chir. Bd. 77. S. 119.
28. Uteau, R., Anatomie du trigone vésical. Ann. des mal. des organes gén.-urin. 15. Febr.
29. Voelcker, Fritz, und Lichtenberg, Alexander, Die Gestalt der menschlichen Harnblase im Röntgenbilde. Münch. med. Wochenschr. S. 1576.

Zur Untersuchung wurde von Dogiel (8) die (chronologisch) erste der neueren Neurofibrillenfärbungen Ramon y Cajals benutzt, die in der Einwirkung einer 1—2%igen Argentumnitricum-Lösung auf feine Stückchen frischen Materials und nachträglicher Reduktion durch Pyrogallussäure-Formalin beruht. Es dürfte im Hinblick auf gegenteilige Behauptungen, die bei Gelegenheit der Spirochätendebatten laut geworden sind, auch für die Dermatologen von Interesse sein, dass einer der erfahrensten Neurohistologen die übrigen neueren Ramonschen Methoden, die ebenso wie die ihnen nachgebildete Levaditi-Methode die Silberlösung auf gehärtete Organe anwenden, zur Herstellung der feinsten peripherischen Nervenendigungen und Neurofibrillen nicht für geeignet hält. Die Untersuchung von Finger- und Zehenkuppenhaut des Menschen, derselben Teile und des Mesenteriums der Katze zeigt die intraepithelialen Tastscheiben, typische und modifizierte Vater-Pacinische Körperchen, typische und modifizierte Meissner-Wagnersche Körperchen und endlich die papillären Bündel Ruffinis. An allen wird die eigentliche Endigung durch ein feinstes geschlossenes Neurofibrillennetz gebildet, welches in geringer Menge von perifibrillärer Substanz eingebettet ist; das Wesentliche ist, dass an keiner Stelle eine Fortsetzung der Neurofibrillen in anderweitige Zellfibrillen beobachtet wird. Verf. benutzt seine Erfahrungen zu äusserst wichtigen, im Original zu lesenden Exkursen gegen die Apathy-Bethesche Neurofibrillenhypothese. (B.)

Die breit angelegten vergleichend anatomischen Untersuchungen **Eggelings** (9), durch welche er zu einer Vorstellung von der Phylogenese der Augenlider in der Säugetierreihe zu gelangen sucht, berühren das dermatologische Interessengebiet durch die Befunde über Epithel und Talgdrüsen an der hinteren Lidfläche. Während die Konjunctiva bulbi hinsichtlich ihres Epithels die primitiven Verhältnisse der im Wasser lebenden Vertebraten beibehält und ein mehrschichtiges Zylinderepithel mit Kutikula der obersten Zelllage zeigt, entsteht das Augenlid als echte Hautfalte. Spuren dieser Genese erhalten sich bei vielen Säugern durch das weite Übergreifen des Plattenepithels auf die Hinterfläche und durch den Befund von Talgdrüsen bei einer Gattung: Certetes. Im übrigen wird namentlich bei den höheren Säugern das Plattenepithel bis an den Lidrand verdrängt. Die **Meibom**schen Drüsen sind echte Talgdrüsen, die meistens, abweichend von anderen Talgdrüsen, keine Beziehung zu Haaren erkennen lassen. Beim Igel fand Verf. indes die Beziehung der **Meibom**schen Drüse zu Zilien erhalten, bei Ornithorhynchus finden sich an Stelle der **Meibom**schen Drüsen Zilien mit Talgdrüsen, die gegen die Verhältnisse an der Aussenfläche der Lider vergrössert erscheinen. Bei Dasyurus bestehen die **Meibom**schen Drüsen noch aus einfachen Säcken, deren Oberfläche mit Talgzellen belegt ist und bei Macropus zeigen sich die einfachsten sekundären Ansackungen. Diese Befunde stimmen ausgezeichnet mit der Ontogenie der **Meibom**schen Drüsen beim Menschen, wo, wie Ref. fand, die erste Anlage des Ausführungsganges ganz wie eine Haaranlage entsteht. (B.)

Die vorliegende Mitteilung **Eggelings** (8a) bildet den Abschluss der Untersuchungen des Verfs. über die Morphologie und Entwickelung der Milchdrüse bei den niedersten Säugetieren. Sie umfasst die Beobachtungen an den Zitzen und Drüsen von ausgewachsenen weiblichen Tieren sechs verschiedener Beutlerspezies. Zahl, Form, Haar- und Drüsenreichtum der Zitzen zeigen grosse Mannigfaltigkeit. Auf der Höhe der Zitzen finden sich im allgemeinen keine tubulösen Drüsen, aber Haare und Talgdrüsen, gegen die Basis kommen auch tubulöse Drüsen vor. Die Milchdrüse zeigt in den Ausführungsgängen zweischichtiges Epithel, das in den grössten Gängen von einer innern zylindrischen und einer äussern kubischen Zelllage gebildet wird. Im weiteren Verlauf der Gänge nimmt die äussere Schicht stellenweise deutlich den Charakter einer epithelialen Muskelschicht an. In den Drüsenendschläuchen soll sich nur eine einfache Lage von platten oder kubisch-zylindrischen Zellen finden und die Muskelschicht fehlen. (Nach Ansicht des Ref. dürfte das höchstens auf Mängeln des Materials beruhen; tatsächlich hat Verf. auch auf seinen Figuren 9, 12, 21, 22 ausgesprochene epitheliale Muskeln abgebildet, die in der Erklärung als fragliche Muskelzellen bezeichnet, in der Zusammenfassung ganz ignoriert werden, während sowohl der Vergleich mit des Verfs. Befunden bei Monotremen und mit des **Referenten** und auch **Brouhas** Resultaten bei höhern Säugern das Vorhandensein der epithelialen Muskeln auch in den Marsupialiermilchdrüsen geradezu notwendig macht!) Das Sekret bildet sich nur in den eigentlichen Epithelzellen und wird ohne Zugrundegehen derselben ausgestossen. Die Milchdrüse der Marsupialier schliesst sich also auch nach des Verfs. Ergebnissen dem Typus der tubulösen Hautdrüsen an, er bezeichnet sie als tubulöse oder tubuloalveoläre Drüse. (B.)

Das Material für den menschlichen Warzenhof lieferten Eggeling (8) die Mammae eines 16jährigen Mädchens und einer 47jährigen hingerichteten Fran, das Material von einer ehen enthundenen und einer im Puerperium hefindlichen Fran erwies sich als nicht geeignet. Der Warzenhof enthält sowohl merokrine tubulöse wie holokrine azinöse Drüsen, die im allgemeinen in der Weise gruppiert sind, dass nm die Mündung der tuhulösen Drüsen kleine Talgdrüsen liegen, die wohl hauptsächlich die Hervorragung der Oherfläche hedingen, ausserdem findet sich hier ein ausgehildeter oder rudimentärer Haarbalg. Die tubulösen Drüsen sind als die eigentlichen „Montgomeryschen Drüsen“ anzusehen. Sie zeigen alle Übergänge von typischen Schweissdrüsen, die sich in der Peripherie hefinden, zu kleinen Milchdrüsen, die unmittelhar die Basis der Mamilla umgeben. Hinsichtlich des feineren Bans der letzteren Kategorie, die das Hauptinteresse heansprucht, findet sich leider ein Widerspruch zwischen der Präparatheschreihung und dem Endergehnis. Während S. 426 beschrieben wird, dass die Drüsen bis in die Endverzweigungen ein zweischichtiges Epithel besitzen, dessen Aussenzellen gelegentlich „den Charakter epithelialer Muskelzellen annehmen, den wir von den Schweissdrüsen kennen“, resümiert Verf. leider dahin, dass die Endverzweigungen nur einschichtiges Epithel hesitzen, wie er es irrtümlich auch von den Endverzweigungen der Mammae angiht. Er findet darin einen Unterschied gegen die Schweissdrüsen, während Ref., der durch die Angahen von Bronha gestützt wird, gerade in dem Nachweis der epithelialen Muskelschicht der Milchdrüse, der auch für die Aveolardrüsen geführt werden kann (s. Bronha), den Beweis für die Verwandtschaft von Schweissdrüsen und Milchdrüse erhlickte. (B.)

In Anschluss an einen Befund C. Rahls bei Reptilien, Gadows hei Schlangen und P. Mayers hei Selachiern, die eine Beziehung zwischen den Anhangsgehilden der Haut, nämlich Schuppen und Stacheln, nnd der Zahl nnd Grösse der Wirhelsegmente gefunden hatten, hatte sich eine grosse Literatur gehildet, die bestrebt war, auch die Pigmentverteilnng in Beziehnng zu den Wirhelsegmenten nnd den ihnen entsprechenden Hautnerven zu setzen. Besouders verführerisch erschienen hierfür die Querhänder farhiger Körperhehaarung der Säugetiere, wie sie einigo Affen-, Katzen-, Zehraarten hieten. Durch sorgfältige Analyse der Befunde tritt Grosser (11 a) dieser Anschauung entgegen, indem er nachweist. dass tatsächlich die Streifungen in keinem der angeführten Fälle den Wirhelsegmenten entsprechen. Eine Beziehung der Zeichnnngen zu den Verzweigungsgebieten der Hautnerven lässt er als möglich zu, verweist aber daranf, dass nach Eislers Untersuchungen diese Verzweignngsgehiete gar nicht streng segmental ahgegrenzt sind. (B.)

Die für die Pathologie manchor Hauterkrankungen naheliegende Vorstellnng, dass die arterielle Blutversorgung der einzelnen Hautgehiete in ähnlicher Weise wie die Nervenversorgung eine metamere sei, d. h. sich in einer den einzelnen Wirhelsegmenten entsprechenden Weise vollziehe, schliesst sich für viele Hautgebiete, so für die Extremitäten von vornherein ans. Grosser (11 h) zeigt nun an genauen Präparationen, dass diese Annahme selhst in dem Gebiet, in dem das nach Mitteilungen Manchots den Anschein hatte, in den von den hintern medialen Ästen der Arteriae intercostales versorgten Gehieten der Rückenhaut, auch keineswegs zutrifft, sondern dass die entsprechenden segmentalen Nerven ganz unregelmässig von Arterienästen anderer Segmente hegleitet werden. Er folgert darans, dass „hei einem pathologischen auf Gefässerkrankung

basierten Befund, in dem metamere Lokalisation der Erkrankung vermutet wird, immer erst anf anatomischem Wege zu erweisen wäre, dass sich anch die Gefässe in dem speziellen Falle dem Schema der metameren Nervenverteilung wirklich fügen". (Das werden sich aher die Patienten nicbt gefallen lassen! Ref.) (B.)

Der Vortrag von Pinkns (19) entbält einen Bericht über die im 65. Bd. des Arch. f mikrosk. Anatomie hereits 1904 erschienene mit 4 Tafeln versehene ausführliche Arbeit des Verfs., in der er seine hedeutsame Entdeckung eines neuen menschlichen Hantsinnesorganes auf einen hreiteren vergleichend-anatomischen Boden stellt. Es handelt sich dabei hekanntlicb um hereits makroskopiscb erkennhare, dnrch hesonderen Ban der Kutis nnd des Epithels gekennzeichnete, wohl hegrenzte kleinste Hauthezirke, die in der Nachbarschaft von Haaren und in hestimmter Stellung zu ihnen gelegen nnd durch eigene Abzweigungen der Haarnerven reichlich innerviert sind. Es gelang Verf. entsprecbende Bildungen hei mehreren im System weit voneinander stehenden Säugetieren, einem Affen (Cynocephalus spbinx), Nagern, dem Maulwurf und den beiden Monotremen Echidna und Ornithorrhynchus nachzuweisen, nnd ihre Verwandtschaft mit Hautsinnesorganen der Reptilien wahrscheinlich zn machen. Verf. fasst die Haarscheibe, das vor ihr gelegene Haar und einen vor diesem gelegenen Hautabschnitt, das Schuppenrudiment, als „Haarbezirk" zusammen, nnd hetrachtet den genannten Haarbezirk als homolog der Reptilienschnppe, die in ihrem hintersten Abschnitt gleichfalls ein Sinnesorgan, den Tastfleck, enthält. Er tritt in einigen Punkten Manrer entgegen, der die Beziehung des Säugetierhaares zur Reptilienschnppe gänzlich in Ahrede stellt, gelangt aber insofern zn dem gleichen Ergebnis wie der letztgenannte Autor, als er ehenso wie er von einer Homologisierung des Haares selbst mit der Schnppe ahsieht. (B.)

Die Arheit Ramms (20) hebandelt die znerst 1863 von Luschka heschriebenen, des weiteren hesonders von Klein, S. Loewy, Nenstetter, A. Stieda untersncbten mit makroskopisch sichtharen Zotten besetzten Teile der Lippen nnd Mundschleimhaut des Nengeborenen. Die Grenze des mit Zotten hesetzten Abschnittes gegen die dem Lippensaum zugelegene Pars glabra ist eine sehr scharfe, während der Übergang in die ührige Mundschleimhaut ein ganz allmählicher ist. Verf. rechnet die Pars villosa daher unbedingt zur Schleimhaut. An der Oherlippe greift der zottige Teil auf dem Tuherculum lah. superioris weit nacb vorn, wäbrend er an der Unterlippe gegen die Pars glabra nacb hinten ausbiegt. Die Zotten finden sich an den Lippen bis an die Übergangsfalte zum Zahnfleisch, an der Wange bis über die Einmündungsstelle des Ductus parotideus. Der mikroskopische Bau der Zotten ist ähnlich denen der Zunge, man kann pilzförmige und fadenförmige unterscheiden, erstere sind median gelegen. Die Anordnung der Zotten lässt Reihen erkennen, in denen die Basen der Zotten zu Leisten verschmolzen sind. Das Epithel ist das nicht verhornte Epitbel der Mundschleimhaut. (B.)

Die von Bascho (1) heohachtete Muskelvariation entspringt an der Faszie der 6. u. 7. M. Serratus-Zacke, verläuft nehen dem Rande des Latissimus dorsi zur Achselhöhle, schliesst sich von der dritten Rippe der abdominalen Portion des M. pectoralis maior an und heftet sicb in die Fascia coraco brachialis und das Korakoid mit einer knrzen platten Sehne an. Die Variation ist vom 3. Thorakalnerven innerviert.

Der Fall schliesst sich der Serie von Beohachtnngen an, durch die Georg Rnge und seine Schüler die Zngebörigkeit vieler in diesem Gebiete vorkommenden Muskelvariationen zu einem rudimentären Hautrumpfmnskel des Menschen erweisen. (B.)

Die erste Mitteilung Ruges (24a) berichtet üher einen neuen Befund eines doppelseitigen Muscnlns sternalis. Im vorliegenden Falle handelt es sich nm eine links stärker als rechts entwickelte platte Muskelhildnng, die nach unten mit einer Aponeurose der Pars ahdominalis des Musculns pectoralis, nach oben durch eine Sehne mit dem Sterno-mastoideus zusammenbängt. Gleichzeitig findet sich ein ansgehildeter muskulöser Achselbogen. Ein gemeinsamer ansehnlicher Ast der vorderen Thoracalnerven versorgt die verschiedenen hier in Betracbt kommenden Mnskelahschnitte.

Unter eingehender kritischer Betrachtnng des vorliegenden Falles sowie der früher von seinen Schülern Tohler und Gehry und des im gleicben Bande des M. J. von seiner Schülerin Paula Bascho pnhlizierten erörtert Ruge (24h) seine Anscbannng, dass die genannten Muskeln Ahschnitte eines meistens verschwundenen Hautrumpfmuskels des Menschen sind, der dem thorakalen Teil des Panniculus carnosus der Säuger entspricht. (B.)

Die ans dem anthropologischen Institut der Universität Zürich hervorgegangene Arheit von Schlaginhaufen (25) hringt nehen einer gründlicben historischen nnd kritiscben Betrachtung der vorliegenden Literatur wertvolle Beiträge znr Morpbologie nnd Physiologie der Hautleisten an Hand und Fuss heim Menscben, bei Affen und Halbaffen. Die Morpbologie der Hautleisten hat durch ihre enorme Variabilität hei Arten und Individuen einerseits, dnrch die Gesetzmässigkeit ihrer allgemeinen Architektonik nnd ihre Formbeständigkeit während des Individuallebens das Interesse der Anatomen wie das der Kriminalanthropologen während der letzten Jahrzehnte ungewöhnlicb heansprucht. Verf. präzisiert und vervollständigt die morpbologischen Begriffe und Bezeicbnungen der Voruntersucher, hesonders auf Purkinje nnd Galton gestützt, und verbessert damit die Grundlage für die Analyse der verwickelten Formverhältnisse. Eine Wiedergabe der Einzelheiten ist ohne Abbildungen nnverständlich und muss im Original eingesehen werden. Unter den allgemeinen Ergehnissen sei hier nnr hervorgehoben, dass festgestellt wurde, dass die im allgemeinen als Tasthallen (nach A. Kollmann) bezeichneten Felder komplizierter nnd ahgegrenzter Leistenanordnungen, für die Verfasser den Namen „Figurae tactiles“ vorschlägt, von den niederen zn den höberen Primatenformen an Vorwölbung abnehmen, dagegen scheint sich für die feinere Anordnnng nnd Form der Leisten innerhalh der Ballen kein vergleichend-anatomisches resp. phylogenetisches Gesetz ergeben zu haben. Des Weiteren kommt Verf. zu wichtigen physiologischen Resultaten. Wie es der ausgiebigen Versorgung mit Nerven nnd Nervenendorganen in den „Figurae tactiles“ entspricht, kommt Verf. wie die meisten Voruntersucher zu dem Scbluss, dass diese Gebilde in hesonderer Beziehung zur Tastempfindung stehen. Seine experimentellen Beobacbtungen erweisen, dass zwei Punkte von einer bestimmten Distanz besser unterschieden werden, wenn ihre Verbindungsgrade rechtwinkelig als wenn sie parallel zur Leistenrichtung oder in dieselhe fällt. Er folgert weiter, dass die Leisten der ganzen Vola nnd Planta rechtwinkelig zn den Richtungen angeordnet sind, in denen die Diskrimination der Unterlage erfolgt nnd dass an Stellen mit

besonders verfeinertem Raumsinn, d. h. an den Figurae tactiles, sich nicht viele kleine Leistenstücke, sondern wenige grosse Leistenkurven finden. Die Figurae tactiles von geringerer Ansbildung des Raumsinnes verhalten sich mehr nach dem ersteren, diejenigen von höherer physiologischer Entwickelung näher dem letzteren morphologischen Zustand. (B.)

Schridde (26) studiert mit einer neuen Methode, der er den von Kromayer, Beneke u. a. angewandten modifizierten Gram-Weigertschen Färbungen den Vorzug gibt, die Epidermisfaserung. Er härtet mit Müller-Formol (Orth), heizt mit Überosmiumsäure, färbt mit Altmanns Anilinwasser-Säurefuchsingemisch. Das Zellprotoplasma wird gelblich, die Fasern in scharfem Kontrast karmoisinrot. Das prinzipiell wichtigste Ergebnis der Arbeit ist die im Gegensatz zu Kromayer nnd Weidenreich stehende Feststellung, dass die zakkigen dem Corium eingepflanzten Füsse der Basalzellen keine Fasern enthalten und diese erst im oberen Abschnitt der Basalzellen beginnen sollen, um sich von da aus kontinuierlich durch die untersten Lagen der Retezellen vorzusetzen. Erst in den oberen Reteschichten sind die Fasern in den Interzellularlücken durch die „Ranvierschen Knötchen“ unterbrochen. Verf. erblickt in dem gesamten Fasersystem ein „architektonisch gebautes Gerüstwerk, welches der Elastizität und Festigkeit in jeder Weise entspricht“. Ref. möchte bemerken, dass ein architektonisches Gerüstwerk ohne die nötige Verankerung im Boden eine sehr zweifelhafte Akquisition wäre; wenn die ganze durch das Fasersystem innig verbundene Epidermis nur, wie Verf. meint, durch die zarten protoplasmatischen Füsse der Basalzellen mit dem Corium verbunden wäre, würde jeder Insult eine Totalablösung zur Folge haben. Die Kromayerschen Basalfasern, denen sich vielleicht noch die sogen. Herxheimerschen Spiralen als ähnliche Vorrichtung anschliessen, erscheinen daher dem Ref., abgesehen von eigenen mit denen Kromayers übereinstimmenden Beobachtungen, als ein mechanisches Postulat, auf welches man erst nach sorgfältiger Prüfung verzichten dürfte. (B.)

Die histologische Technik besitzt znr Darstellung des Fettes Reagenzien, deren Beziehungen zu den verschiedenen Fettarten noch nicht recht bekannt sind. Nach Darstellung der in Anwendung gezogenen Technik berichtet Lombardo (15h) über die erzielten Resultate: a) Osmiumsäure zeigt uns eine grössere Fettmenge als man erwartet, wenn man es in Dampfform verwendet. b) Sudan III (Daddi) und Scharlachrot (Michaelis) färben Ölsäure, Triolein, Myelin, Palmitin, Stearinsäure ,ferner Tristearin, Tripalmitin, Kaprilsäure, Lanolin, Lezithin und endlich Baldriansäure Kapron nnd Kaprinsäure, die man allerdings nicht sich klar machen kann, da sie in 70 % Alkohol löslich sind. c) Scharlachrot (Herxheimer) färbt in der Kälte deutlich Kaprilsäure, Lanolin nnd Myelin, in der Wärme Tripalmitin und Tristearin; es färbt in der Kälte nur zum Teil Stearin und Palmitinsäure und ihre Äther, in der Wärme bildet es mit den drei höheren Fettsäuren und mit dem Tripalmitin durch die Gegenwart von Ätznatron Seifen. d) Alcannatinktur färbt Triolein, Lanolin schwachrot; die festen Fette braun, in der Wärme rötet die Tinktur diese letzteren und viele der Fettsänren lebhaft rot, indem sie zerschmelzen. e) Essigsaures Kupfer (Bendasche Reaktion) bildet bei Luft-Temperatur Seifen mit der Buttersäure, Baldriansäure, Kapron, Kapril, Kaprin und Ölsäure, die lebhaft kristalli-

sieren; mit Palmitin, Stearinsäure und mit Tripalmitin bildet sich das Kupfersalz nur bei der Schmelztemperatur derartiger Fette. (V.)

Die vergleichend anatomischen, histologischen und embryologischen Untersuchungen Lichtenbergs (14a) ergaben folgendes: Der Charakter der einzelnen Abschnitte der Harnröhre wird durch die Drüsen-Anhänge des Epithels bestimmt. Das Epithel der Pars cavernosa urethrae ist nach Lichtenberg kranial von der Einmündungsstelle der Cowperschen Drüsen einschichtig, während kaudal von der Einmündungsstelle Vielzeiligkeit des Epithels besteht. — Die Drüsen der Pars cavernosa urethrae gliedern sich in 3 Kategorien: 1. Die hisher als „Cysten" bezeichneten Gebilde, von welchen Autor nachwies, dass sie kleine, subepitheliale Drüsen darstellen. Sie sind ziemlich gleichmässig über die ganze Pars cavernosa verteilt. 2. Drüsenartige Buchten, nur proximal von der Einmündungsstelle der Cowperschen Drüsen vorkommend und 3. submuköse Drüsen, welche bloss im distalen Anteil vorkommen. — Beim Relief der Harnröhre unterscheidet Lichtenberg genau Art und Vorkommen bestimmter Falten. Im proximalen Anteil können wir 4 Hauptfalten unterscheiden, auf welchen Falten erster, zweiter und dritter Ordnung sitzen. Die 4 Hauptfalten des distalen Anteiles weisen bloss Falten erster Ordnung auf. — Den Canalis urogenitalis teilt Lichtenberg gestützt auf vergleichend-anatomische und embryologische Tatsachen auf folgende Weise ein: 1. Ekto- oder mesodermaler Anteil — Samenröhre, 2. Entodermales Verbindungsstück — entodermales Kloakenstück, 3. die sekundäre Samenröhre — ektodermales Mündungsstück. — Die sekundären Geschlechtsdrüsen sind auf embryologischer Grundlage in 3 Gruppen zu teilen: 1. Ampulläre Drüsen, 2. Kloakendrüsen und 3. Drüsen des Samenstranges. Zu jeder dieser Gruppen ist eine Drüse den anderen gegenüber zu gewaltigem Übergewicht gelangt, unter den ampullären Drüsen die Samenblase, den Kloakendrüsen die Prostata und in der letzten Gruppe die Cowperschen Drüsen, welche aber alle ihrem morphologischen Charakter nach deutlich als Glied der Gruppe erkennbar blieben. Das embryologische frühe Auftreten der Blasen-Prostata und Cowper-Drüsen ist in der Grösse derselben begründet. (M. K.)

Nach einem Abriss über die bisherigen Untersuchungen der an den weiblichen Genitalien, den grossen und den kleinen Lahien heobachteten sog. freien Talgdrüsen, d. h. den zu Haaren nicht in Beziehung stehenden Drüsen, bezeichnet Ferrari (10) kurz die anamnestischen Daten der Patientin, die die Affektion schon kongenital zeigt. Dann geht er zu dem objektiven Befund an den grossen (Innenfläche) und kleinen Schamlippen (Innen- und Aussenseite) über: es fanden sich gelbliche resp. orangenfarbige Knötchen von verschiedener Grösse (Hirsekorn- bis Wickengrösse), vereinzelt oder in Gruppen stehend, einige ohne, andere wieder mit einer zentralen von dem Ausführungsgang der Talgdrüsen herrührenden Delle, viele leicht erhaben, einige flach. Das grösste Ausbreitungsgebiet dieser Körperchen ist die Innenfläche der kleinen Schamlippen, die dadurch einen körnigen Anblick darbieten. Wenn man eine Lippe zwischen 2 Finger nimmt, so hat man das Gefühl, als ob es dicke, auffällig derbe Knoten wären. Weder spontan noch auf Druck bereiten die Knötchen irgendwelche Beschwerden. Mikroskopisch stellen sie sich als hypertrophische Talgdrüsen dar. Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf diese anatomische Besonderheit, die mit den mannigfachsten

Affektionen verwechselt werden kann, die ihren Sitz an den weiblichen Geschlechtsteilen haben. (Cysten, Adenoma sebaceum.) (V.)

Die merkwürdigen und vielfach angezweifelten Versuche Wentschers über Konservierung von Hautläppchen vom Menschen hatten eine ganz ungeahnte Lebensfähigkeit der Epidermiszellen, bis 22 Tage nach der Abtrennung vom Mutterboden ergeben. Die Nachprüfung, die Burkhardt (3) mit sorgfältigen Kautelen bei Hunden vornimmt, bestätigen aber die Resultate Wentschers in den wichtigsten Punkten. Auch ihm gelang es noch nach acht Tagen Hautläppchen, die in feuchter Kammer konserviert waren und sogar noch nach zwölf Tagen trocken (aber gegen Eintrocknung geschützt!) konservierte Hautläppchen zur Anheilung zu bringen. Die Anheilung wird aber zur Ausschaltung jeglichen Einwandes auf einer ringsum von der benachbarten Epidermis durch eine Lücke getrennten Muskeloberfläche erreicht. Das Versuchsergebnis wird mikroskopisch kontrolliert und 1. eine im Vergleich zu entsprechenden, gleich lang konservierten aber nicht transplantierten Läppchen hochgradige Zellvermehrung, vor allem knöpfchenförmige Wucherung, 2. Bildung von Epithelzapfen und -strängen in das unterliegende Gewebe, 3. der kontinuierliche Zusammenhang zwischen dem neuen Mutterboden und der transplantierten Epidermis festgestellt; auf den Befund von Mitosen, auf den sich Wentscher vornehmlich stützt, legt Verf. kein besonderes Gewicht und glaubt, dass die Wucherung hauptsächlich durch direkte Kernteilung erfolgt (was Ref. trotz des Zeugnisses von Marchand und Enderlen bezweifeln möchte). Verf. empfiehlt bei praktischer Anwendung der Transplantation die zu transplantierenden Hautläppchen schon während der Narkose bei der Hauptoperation zu entnehmen, sie in der feuchten Kammer zu konservieren und nach spätestens 24 Stunden zu transplantieren. (Siehe auch das Referat im folgenden physiologischen Abschnitt.) (B.)

III.

Physiologie der Haut, der unteren Harnwerkzeuge und der männlichen Geschlechtsorgane.

Von **Erwin Stransky**-Wien, **Richard Volk**-Wien, und mit Beiträgen von **Benda**-Berlin, **Bodon**-Budapest, **Kanitz** gemeinsam mit **v. Marschalkó**-Klausenburg, **G. Verrotti**-Neapel (im Auftrage von **De Amicis**-Neapel).

Literatur:

1. **Adolphi, H.**, Die Spermatozoen der Säugetiere schwimmen gegen den Strom. Anat. Anz. Bd. 26. S. 549, 664 nebst Bemerkung von A. Roth S. 664.
2. **Alrutz, Sydney**, Untersuchungen über Schmerzpunkte und doppelte Schmerzempfindung. Skandinavisches Arch. f. Physiol. Bd. 17. S. 414.
3. **Derselbe**, Untersuchungen über Druckpunkte und ihre Analgesie. Arch. skandinav. f. Physiol. Bd. 17. S. 86.
4. **Arnold, Julius**, Die Morphologie der Milch und Kolostrumsekretion, sowie deren Beziehung zur Fettsynthese, Fettphagozytose, Fettsekretion und Fettdegeneration. Beitr. z. pathol. Anat. Bd. 38. S. 421.

5. Babák, Edward, Über die Wärmeregulation nach der „Firnissung" der Haut. Arch. f. d. ges. Physiol. des Menschen und der Tiere. Bd. 108. S. 389.
6. Baum, Julius, Die örtliche Einwirkung von Nebennierensubstanz, Brenzkatechin und Spermin auf die Zirkulation. Berl. klin. Wochenschr. S. 86.
7. v. Bechterew, W., Der Einfluss der Hirnrinde auf die Tränen-, Schweiss- und Harnabsonderung. Arch. f. Anat. u. Physiol., Physiol. Abt. S. 297.
8. Derselbe, Der Einfluss der Gehirnrinde auf die Geschlechtsorgane, die Prostata und die Milchdrüsen. Arch. f. Anat. u. Physiol, Physiol. Abt. S. 524.
9. Brenha, Recherches sur les diverses phases du développement et de l'activité de la mamelle. Archives de Biologie. Tome XX. S. 459, zugleich In.-Dissert. Lüttich.
10. Burkhardt, L., Experimentelle Studien über Lebensdauer und Lebensfähigkeit der Epidermiszellen. Zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Hauttransplantation. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 79. S. 216.
11. Derselbe, Über die Lebensdauer und Lebensfähigkeit der Epidermiszellen. Physikal.-med. Ges. zu Würzburg. 8. VI.
12. Buschke, A., Über die Funktion der Talgdrüsen und deren Beziehung zum Fettstoffwechsel (nach Versuchen gemeinsam mit Art. Fränkel). Berlin. klin. Wochenschr. S. 318.
13. Delie, A., Relations entre le nez et les organes génito-urinaires. Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol., 25. Nov.
14. Forlì, V. und Barrevecchio, B., Ein weiterer Beitrag zur Kenntnis des Vibrationsgefühls. Med. Klinik. 30. Juli.
15. Frey, Gewichtsextension der Haut. Münch. med. Wochenschr. S. 1588.
16. Gerhardt, Ulrich, Morphologische und biologische Studien über die Kopulationsorgane der Säugetiere. Jenaische Zeitschr. f. Naturwissenschaft. Bd. 39. S. 43.
17. Guszmann, Joseph, Beitrag zur Untersuchung des Tastsinnes. Dermatolog. Zentralbl. S. 258.
18. Herrmann, Erich, Über das Vorkommen von Lithium im menschlichen Organismus. Arch. f. d. ges. Physiologie des Menschen und der Tiere. Bd. 109. S. 26.
19. Jamin, Hautreflexe an den Armen. XXX. Wandervers. der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte.
20. Jaquet et Rondeau, Le vernix caseosa, l'hérédoséborrhée et l'acné fétales. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 4. Serie. Tome 6. p. 33. (Referat s. im Abschnitt „Drüsenerkrankungen der Haut".)
21. Kohnstamm, Über die zentrifugale Strömung im sensiblen Endnerven. XXII. Kongr. f. innere Med.
22. Latschenberger, J. und Pelansky, Über die Einflüsse auf die täglichen Schwankungen des Körpergewichtes. Arch. f. d. ges. Physiol. des Menschen und der Tiere Bd. 108. S. 457.
23. Lazarus, P., Über die spinale Lokalisation der motorischen Funktionen. Verein f. innere Med. in Berlin. 4. VII. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 57. S. 91.
24. Lohnstein, Rudolf, Lichterscheinungen nach Reibung der menschlichen Haut mit Glühlampen. Deutsche med. Wochenschr. S. 759 (mit Erwiderung von Semmer, S. 760).
25. Lombardo, Über die Fettsekretion der Schweissdrüsen. Ital. Ges. f. Haut- und Geschlechtskrankh. Dezember. Ital. Zeitschr. f. Haut- und Geschlechtskrankh. 1906. Heft 1.
26. Majocchi, Über die Bedeutung einiger Involutionsveränderungen der Schweissdrüsen. Ital. Ges. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. Dezbr. Ital. Zeitschr. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. 1906. Heft 1.
27. v. Marschalkó, Thomas, Ideger befolgása a faggyúmiriggoz elválasztására. (Einfluss der Nerven auf die Sekretion der Talgdrüsen). — Orvosi Hetilap p. 493.
28. Maurel, Détermination du zéro physiologique cutané. Soc. de biol. 25. Febr. 4. März.
29. Meyer, R., Das Fett aus Menschenhaar. Pharmazeut. Ztg. S. 829. 77. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Abt. f. Pharmazie u. Pharmakogn.
30. Nagel, Willib. A., Über Kontraktilität und Reizbarkeit des Samenleiters. Arch. f. Anat. u. Physiol. Suppl. Bd. z. Physiol. Abt. S. 287.
31. Neustätter, Otto, Menschliche Haut und Elektrizität. Münch. med. Wochenschrift. S. 855.
32. Nussbaum, M., Einfluss des Hodensekrets auf die Entwickelung der Brustorgane des Landfrosches. Niederrhein. Gesellsch. f. Natur- u. Heilk. in Bonn. 23. X.

33. Porosz, M., A ductus ejaculatorius és colliculus seminalis bonctana és élettani szerepe. (Die Anatomie und physiologische Funktion des Ductus ejaculatorius und Colliculus seminalis.) Gyogyászat Nr. 35.
34. Reko, B., Wechselbeziehungen zwischen Nase und Geschlechtsapparat. Allgem. Wien. med. Ztg. S. 270, 280.
35. Röhmann, F., Über das Lanozerin, einen neuen Bestandteil des Wollfettes. Deutsche physiol. Gesellsch. 14. 16. VI. (Diskuss. Aschoff.)
36. Schläpfer, Viktor, Über den Einfluss der Vibration auf das Faradisationsgefühl. Münch. med. Wochenschr. S. 909.
37. Sommer, Die Natur der elektrischen Vorgänge an der Haut, besonders der Finger. Münch. med. Wochenschr. S. 2493.
38. Derselbe, Lichterscheinungen nach Reibung der menschlichen Haut mit Glühlampen. Deutsche med. Wochenschr. S. 303.
39. Stern, Margarete, Histologische Beiträge zur Sekretion der Bürzeldrüse. Arch. f. mikroskop. Anat. u. Entwickelungsgesch. Bd. 66. S. 299.
40. Thunberg, Toreten, Eine eigenartige Empfindung von Glätte und ihre Analyse. Skandinav. Arch. f. Physiol. Bd. 17. S. 302.
41. Treitel, Das Vibrationsgefühl der Haut. Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. Bd. 40. S. 419.
42. Vitek, V., Ein neuer Reflex auf der Planta pedis. Neurol. Zentr.-Bl. 1. Mai. S. 402, 592.
43. Woodruff, Ch. E., The effects of tropical light on white men. London. Rebman et Co.
44. Ziegler, A., Ein Wort zur Frage der Geschlechtsbestimmung. Allgem. Wiener med. Ztg. S. 279.

Zur Sinnesphysiologie der Haut liegen eine Reihe bemerkenswerter Arbeiten vor. Sydney Alrutz (2) gibt eine Übersicht über die Geschichte der Schmerzsinnesforschung und berichtet sodann über seine Befunde und Untersuchungen über Schmerzpunkte und die sog. doppelte Schmerzempfindung (Goldscheider-Gad). Verf. nimmt mit v. Frey eigene spezifische Schmerzpunkte an; nur findet er solche in etwas grösserer Zahl wie dieser. Die verzögerte (sekundäre) Schmerzempfindung ist von pruriginösem Charakter, zuweilen auch von kitzelndem und vermag auch zu irradiieren. Mit der Druckempfindung haben beide Arten nichts zu schaffen. Aber auch die Hautschmerzpunkte, die sich bei punktueller Reizung ergeben, koinzidieren keineswegs mit jenen Punkten, von denen aus die nur juckenden Sekundärempfindungen zustande kommen, ebensowenig wie die Prädilektionsorte derselben. Es handelt sich also wohl um artverschiedene Empfindungen. (Ref. möchte kurz auf eine seiner Arbeiten hinweisen, die in der Literatur nabezu unbekannt geblieben ist, die aber mancherlei Beziehungen zu dem referierten Thema enthält (siehe Wiener klin. Rundschau, 1901). (St.)

Derselbe Autor berichtet (3) über die Druckpunkte und ihre „Analgesie“. Verf. prüfte die Druckempfindlichkeit der Haut nach der Thunbergschen Methode mittelst feinster Glasfädchen von verschiedener „Kraft“ (im Sinne v. Freys) und beschreibt eingehender seine Versuchsmethodik unter Mitteilung detaillierter Versuchsprotokolle. Von seinen Ergebnissen seien hier folgende mitgeteilt: Auf haarbewachsenen Hautflächen liegen, wie schon v. Frey angab, die Druckpunkte stets auf jener Seite des Haares, nach der dieses sich nicht biegt; aber auch auf nicht behaarten Flächen finden sich Druckpunkte; mit v. Frey und Kiesow rechnet Verf. 12—40 Druckpunkte auf einem Quadratzentimeter; Kitzel lösen die Druckpunkte nicht aus, auch nicht Kälte- oder Wärmeempfindung oder Schmerz; die Empfindung entsprechend den Druckpunkten ist von körnigem Charakter (secd. Goldscheider), tritt als solche auch beim Aufheben, nicht nur beim Aufsetzen des Glasfadens

auf, nnd ist sonach eine sensible Reaktion auf jede Deformation an den Druckpunkten. (St.)

Torsten Thunberg (40) berichtet über ein eigenartiges Empfindungsphänomen der Hant. Wenn man bei vorgestreckten Armen beide Hände derart an je eine Seite eines vertikal stehenden Metalldrahtnetzes presst, dass die Volarflächen der Hände und der Finger einander durch die Netzmaschen hindurch berühren, nnd sodann beide Hände unter Beibehaltnng ihrer gegenseitigen Lage über das Drahtnetz hingleitend zurückziebt, so resultiert nacb einer privaten Mitteilung Meyers an den Verf. ein eigenartiges Gefühl von starker Glätte. Verf. konnte nnn gleich wie andere Beobacbter dieses Pbänomen verifizieren und fand, dass es von der Beschaffenheit des Drahtes ebenso wie der Hantoberfläche unabhängig ist. Nach Verf. entstebt nun die Glätteempfindung bei Gleichförmigkeit der Berührungs- oder Drucksensation, sobald die Tastfläche sich im Verhältnis zn dem berührten Objekt verschiebt; dabei spielt auch die Leichtigkeit der Verscbiebnng eine Rolle; sonach resultierte die Glätteempfindung aus einer Summe von Empfindnngen resp. Vorstellnngen. Derartige Bedingung liegen nach Verf. nun aber auch bei dem oben mitgeteilten Versuch vor, woraus sich die Glätteempfindung ergibt. Dazu stimmt folgendes: Verschiebt man die Hände nicht in gleichem Sinne, sondern in einander entgegengesetzter Richtnng über das Netz oder verschiebt man nur die eine Hand, so bleibt die Glätteempfindung aus. (St.)

Gnszmann (17) untersuchte das Vermögen der Haut, Glätte und Rauhigkeit eines Gegenstandes wahrznnehmen resp. zu unterscheiden, nnd erblickt in diesem eine spezielle Äusserung und vielleicht das „Prototyp“ des Tastsinnes (vgl. hierzu das vorige Referat). Verf. arbeitete mit dem Brownscben Ästhesiometer (Metallhalbkngel am Pole eines Messingzylinders, auf deren Fläche vermittelst eines Schranbenmechanismns feine Stiftchen sich erbeben, wodurch die Halbkugel eine allmählich rauher werdende Oberfläche erhält; der Grenzwert zwischen der Empfindung von Glätte und Raubigkeit lässt sicb mittelst einer Skala bestimmen). Die von ihm eruierten Zablenwerte bomologisiert Verf. mit den von Weber und Goldscheider eruierten. Auf gewisse Übelstände der Methode weist Verf. selbst hin. (St.)

Eine besondere Art der Hantsinnesempfindungen, die Vibrationsempfindung, bildet das Tbema einiger anderer Arbeiten. Treitel (41) erinnert in seiner kurzen Mitteilnng an seinen scbon 1896 gehaltenen Vortrag über den Gegenstand. Er betont, dass die Vibrationsempfindung eine von Druck- und Tastsinn differente und nnabhängige Sinnesqualität der Hant darstelle. Gegen Dejerine und Egger erklärt der Autor diese Sinnesqualität in ihrer Lokalisation für ganz nnabhängig von den Lagebeziehungen zwischen Knochen nnd Haut. Die Vibrationsempfindlichkeit interessiert ferner durch ihre Irradiationstendenz. Von praktiscber Bedentnng ist die Messung der Zeitdauer dieser Empfindung, insofern sich da bei einer Reihe organischer Affektionen des Nervensystems Störungen zeigen (Tabes, Syringomyelie u. a.). (St.)

Forli nnd Barrovecchio (14) fanden, dass bei Bierscher Anästbesierung an den entsprechenden Körperstellen die Vibrationsempfindung gleichwie der Tastsinn erhalten bleiben, während Schmerz- und Temperaturempfindung aufgehoben erscheinen. In einem Falle von Polynenritis und bei zwei Syringomyelien beobachteten die Verff. ein gleiches Verbalten. Verff. glauben sich auf Grund dieser Beobachtung

berechtigt der Annahme beiznpflichten, als wären Tast- nnd Vibrationsempfindlichkeit Ausserungen der gleichen Sensibilitätsqualität. (St.)

Schläpfer (36) hat die Angabe A. Müllers, wonach bei gleichzeitiger Applikation von Elektromagnetismns, sekundären Sinnsoidalströmen und mechanischer Vibration die bekannte charakteristische faradokutane Empfindung ganz bedeutend herabgesetzt erscheine („Faradovibrationsphänomen"), nachgeprüft und dieselhe bestätigen können. Von magnetischer Wirknng ist das Phänomen ganz unabhängig. Verf. sagt, die simultane mechanische Vibration rufe eine Dissoziation der physiologischen Wirkung des faradischen Stromes in dem Sinne hervor, dass ohne Modifizierung der motorischen Reaktion die sensorische vermindert werde. Kontaktunterbrechnng spielt, wie Kontrollversuche lehrten, dabei keine Rolle. Die erwähnte Dissoziation tritt bei galvanischer Reizung nicht ein. Das faradokutane Gefühl nimmt mit Entfernung der Vibration vom Orte der Faradisation an Intensität zu. Das Phänomen schwand bei einer gewissen Höhe des faradischen Stromes, bei gleichbleibender Vibrationsenergie. Den Mechanismus der Erscheinung hält Verf. für einen zentralen: da die faradokutane Empfindung ungleich der galvanischen einen inconstanten, oszillatorischen Charakter an sich hat, wie die vibratorische, also dieser in ihrem zeitlichen Ablauf ähnelt, übertäuben heide einander leicht. Es wäre dies eine gute Illnstration zum Heringschen psychophysischen Grundgesetz. (St.)

Kohnstamm (21) stellt in seinem Vortrage die Beweismomente zusammen, die für eine zentrifugale Strömnng im sensiblen Nerven sprechen. In diesem Sinne ist zunächst die Tatsache des Reflexes von Hinterwurzel auf Hinterwurzel zu vermerken; Bayliss hat Strickers Entdeckung bestätigt, wonach Reizung der hinteren Wurzeln Gefässerweiterung in der Haut hervorruft. Weiter wäre hier anzuführen, dass Reizung der sensorischen Quintusportion Rötung nnd Temperaturerhöhnng im korrespondierenden Haut- und Schleimhanthezirk nnd andere Störungen trophischer Art bewirken kann; das Auftreten von Herpes corneae bei Alteration des Ganglion Gasseri gehört gleichfalls hierher, wie überhaupt der reflektorische Herpes zoster. Ferner wäre hinzuweisen auf die Tigrolyse in den Spinalganglienzellen nach Durchschneidung der peripheren Nerven und auf den bei experimenteller Resektion der Spinalganglien heobachteten Haarausfall. Nach alledem ergäbe sich, dass mit Ausnahme der peripheren motorischen Neurone je zwei Punkte des Nervensystems in doppelter Richtung miteinander verbnnden. Die Haut ist als das „Erfolgsorgan" des sensiblen Endneurons anzusehen, ebenso wie der Muskel als dasjenige des motorischen. (St.)

Lazarus (23) streift in seinem Aufsatze auch die Innervationsverhältnisse der Haut. Analog den Muskeln wird auch jede Hautstelle stets von mehreren Segmenten innerviert. Auch die nach Durchschneidung der hinteren Wurzeln auftretende Anästhesie folgt den Segmentzonen und nicht dem Aushreitungsgehiet der peripherischen Nerven. Im Rückenmark hestehen, wie Verf. ausführt, vorgebildete Centra für bestimmte, funktionell aneinander gekettete Muskelabschnitte, die vom Gehirn her durch den Willensimpuls und von der Peripherie durch sensible Reize selbständig erregt werden können. Auch Erektion, Ejakulation, Gebärakt, Urin- und Stuhlkontinenz werden gleich den anderen unwillkürlich arbeitenden Muskeln von eigenen spinalen Koordinationszentren beherrscht. (St.)

Jamin (19) hebt die Tatsache hervor, dass die obere gegenüber der unteren Extremität auffällig arm an Hautreflexen ist. Bei erhaltener willkürlicher Motilität findet man Abwehrhewegungen auf Schmerzreize; hei Lähmungen, speziell Hemiplegien, treten für gewöhnlich keine deutlichen Hautreflexe an den Armen zutage. Einen Pronationsreflex bei der spastischen Diplegie der Kinder hat Oppenheim beschrieben; Reuter konnte bei einem Paralytiker eine reflektorische Streckbewegung der Oberextremität auslösen. Jamin selber sah bei einer paraplegischen Kranken auf tiefe Stiche in die Hohlhand oder in die Fingerknppen oder bei starkem Druck auf diese letzteren kurzdauernde Abwehrbewegungen (Beugung der Arme und Finger) eintreten, an die sich eine langsame, willkürlich nicht unterdrückbare Abduktion im Schultergelenk und Einwärtsrollung des Armes, Streckung im Ellbogengelenk, Pronation und Volarflexion der Hand, Streckung und Spreizen aller Finger und des Daumens anschlossen; nach wenigen Sekunden Rückkehr des Armes in die Beugekontrakturstellung. Anatomisch ergab sich später in diesem Falle der Befund einer multiplen Sklerose mit totaler Entmarkung des Brust- nnd des oheren Halsmarks; die Achsenzylinder fast alle erhalten. Der Vortragende erklärt sich zur zeit ausserstande, das beschriebene Phänomen auf Grund des anatomischen Befundes zu denten. Er bemerkt übrigens, dass er ähnliche Streckreflexe an den Armen auch noch in einigen anderen Fällen gesehen habe. (St.)

Einen seiner Ansicht nach neuen Hautreflex auf der Planta pedis heschreibt Vitek (42): leichte Plantarflexion des Fusses hei Perkussion mit dem Hammer in der Gegend des 1. bis 2. Metatarsus. Verf. fand diesen Reflex meist bei Nervengesunden; bei Steigerung des Patellarreflexes und Achillesreflexes, besonders hei spastischen spinalen Affektionen und erhöhter funktioneller Irritabilität des Nervensystems ist auch dieser Reflex lebhafter; in je einem Falle (spastische Parese eines Beines anf luetischer Basis und akute spastische Baraparese) trat der Reflex als Extensionsbewegung auf, was bei Normalen nie vorkomme. Bei der Untersnchung soll der Fuss vertikal auf der Unterlage ruhen. Weitere Schlüsse aus seinen Befunden zieht Verf. nicht. A. Berger bemerkt hierzu (ihidem p. 591), dass das von Vitek beschriehene Phänomen nichts als der Achillesreflex sei. Vitek entgegnet hierauf, dass er das Inaktiontreten der Achillessehne bei diesem Reflex zugebe, aber daran erinnern möchte, dass sein Phänomen von einer anderen Stelle aus ausgelöst wurde; auch erziele man bei Prüfung des Achillesreflexes nie die pathologische Dorsalflexion; auch will Verf. seinen Reflex mehrmals durch Beklopfen der Calcaneusgegend jenseits der Sehne hervorgerufen haben; er glaubt, dass hierbei auch die Extensoren in Aktion treten. (St.)

v. Bechterew berichtet in zwei Arbeiten (7, 8) über den Einfluss der Hirnrinde auf die Tätigkeit einer Reihe hier interessierender innerer, speziell drüsiger Organe. Nach Versuchen an Katzen und Hunden nimmt er eigene Grosshirnrindenzentra für die Schweisssekretion an; heweisend für die Existenz solcher auch beim Menschen scheinen dem Verf. eine Reihe von Beobachtungen, so von Morselli (Hyperhidrose der rechten Gesichtshälfte bei einem Fall von Gliom im vorderen Teil der linken Hemisphäre mit gleichzeitiger Affektion des Halssympathikus); auch eine Beobachtung Mickles (einseitiges Schwitzen im Gesichte hei progressiver Paralyse) glaubt Verf. in seinem Sinne verwerten zu können (? Ref.). Beim Menschen hält Verf. eine genaue Lokalisation des Rinden-

zentrums für derzeit unmöglich. Verf. nimmt auch für die Harnabsondernng ein Rindenzentrum an; ein Beweismoment für diese Annahme sieht er u. a. in der Herabsetzung der Harnsekretion hei psychischen Depressionszuständen (? Ref.). Beim Hnnde ergaben Versnche einen Einflnss des Cortex hei Reiznng desselhen auf die Urinahsonderung (vorderer Teil des Gyrus praecruciatus). Auch des psychischen Einflusses auf die Harnahsonderung tut Verf. Erwähnung, verhehlt sich aber nicht, dass da Blntdruckverhältnisse als Zwischenglied in der Kette der Ursachen nicht ganz ausser acht gelassen werden darf. — Die Tränensekretion ist nach experimentellen Ergebnissen gleichfalls von der Hirnrinde aus (Gyrus prae- und postcruciatus) hervorzurufen; anch diesbezüglich ist ührigens der Einfluss der Psyche bekannt. Schon 1890 und 1891 hahen Verf. und Mislawski den Einfluss der Rinde (motorische Region beim Kaninchen, Gyrus sigmoidens heim Hunde) auf die Bewegungen der Vagina nachgewiesen, wie Verf. im Detail ausführt. Die Rinde unterhält nach Verf. einen danernden Muskeltonus wie anch selhständige periodische Kontraktionen der Scheide. Die topographische Lokalisation der bezüglichen Rindenfelder scheint Schwankungen zu unterliegen; die kortikal ausgelöste Kontraktionswelle ist durch die mehrfache Aufeinanderfolge rasch ansteigender Wellengipfel gekennzeichnet. Bekannt ist der Einfluss psychischer Momente anf die Bewegungen des Uterus; Versuche an Kaninchen ergaben, dass vom medialen Teil des hinteren Ahschnittes des Gyrus sigmoidens aus Kontraktionen des Uterus ansgelöst werden könnten; die Wirkung war eine doppelseitige und zwar hemmende wie erregende. Bei Hunden ward ähnliches nachgewiesen. — Die Menstrnation kann ehenfalls durch psychische Einflüsse angeregt oder gehemmt werden. — Erektion lässt sich nach Verf. heim Hnndemännchen dnrch Reizung jener Region der Rinde, von der aus hei der Hündin Scheidenhewegungen auszulösen sind (s. oben), experimentell erzeugen. Bei Abtragung dieser Rindenregion an beiden Seiten soll die sexuelle Appetenz schwinden, während Ahtragung des Riechlappens eine derartige Wirkung nicht hahen soll. — Nahe jener Region liegt nach Verf. ein Rindenzentrum für die Regulierung der Samenausscheidung. Pnssep will anch ein solches für die Prostatatätigkeit ermittelt hahen. — Rindeneinflüsse beherrschen schliesslich nach Verf. auch die glatte Muskulatur der Brustwarze und sind dergestalt von Einfluss anf die Milchahsonderung, die durch expansive Affekte hefördert, durch depressive gehemmt wird. In der Literatur existieren anch Berichte über qnalitative Veränderungen der Milch unter psychischen Einflüssen. Beim Schafe (in der Laktationsperiode) hat Nikitin in Verfs. Laboratorium dnrch Reiznng der motorischen Rinde nahe dem Fazialzentrum experimentell Milchsekretion hervorgerufen. (St.)

Eine interessante Kontroverse knüpft sich an eine Reihe von Phänomenen, deren Würdigung wesentlich ein Verdienst Robert Sommers ist. Dieser Forscher machte (38) schon gelegentlich seiner Stndien über Ausdrnckshewegungen Beobachtungen über elektromotorische Wirkungen der Finger. Weitere Beobachtungen lehrten ihn, dass man durch mehrmaliges Reihen einer von der metallischen Leitung losgelösten Birne einer elektrischen Glühlampe mit der Hand Lichterscheinnngen hervorzurufen imstande ist. Sommer sah diese Erscheinung nur hei neuen, wenig oder noch nicht benutzten Birnen nach längerem, kräftigem Reiben an einer beliebigen Stelle der menschlichen Haut auftreten; ist

die Lampe heim Ahheben von der Hant noch in seitlicher Bewegung, so erscheint zuweilen ein Lichtstreif entsprechend der Bewegungsrichtnng der Lampe; bei plötzlichem Stillchalten der Lampe sieht man deutlich ihre Umrisse; besonders an der Spitze und in der Mitte gewahrt man eine stärkere Erhellnng; nach Reiben an der Haut mehr kantenartiger Körperteile entsteht entsprechend der Reibungsstelle ein heller Streifen; wenn man nach dem Reihen der Lampe diese an eine andere Körperstelle anhält, entsteht gleichfalls ein Lichtphänomen, ehenso bei starkem Anbanchen einer zuvor geriebenen Lampe. Übrigens kann man zur Reihung nicht nur die Haut, sondern auch andere Materien benützen (Tücher n. dergl.). Sommer zweifelt natürlich an der im allgemeinsten Sinne physikalischen Natur der Phänomene nicht im mindesten, glaubt aber doch betonen zu sollen, dass auch eine speziell physiologische Komponente dabei nicht ausser acht gelassen werden dürfe; hierfür spricht das wechselnde Verhalten des Phänomens hei Reihung an verschiedenen Körperstellen, zu verschiedenen Zeiten und bei verschiedenen Personen. Alle diese Erscheinungen — die der Verf. auch photographisch festzuhalten vermochte — scheinen den elektrischen Phänomenen im luftverdünnten Ranme verwandt. (St.)

Die durchaus eindeutige Fassung der Schlussfolgerungen Sommers vermochte gleichwohl nicht zn verhüten, dass von anderer Seite her gewisse Bedenken lant wurden. Lohnstein (24) hemerkt zunächst, das von Sommer beschriebene Phänomen sei keineswegs unhekannt und er selber habe schon früher auf dasselhe hingewiesen. Die Grundlage aller dieser Erscheinungen sei die Änderung des elektrostatischen Feldes in der Nähe einer evakuierten — selbst elektrodenlosen — Glashirne. Lohnstein findet gegenüher Sommer, dass gerade ältere, gebrauchte Birnen zu den Versuchen geeigneter seien. Die von Sommer angedeuteten physiologischen Unterschiede sucht Lohnstein teils auf Differenzen der Hautheschaffenheit, teils auf Verschiedenheiten der Birnen selber zurückznführen und lehnt es ab, hinter diesen Dingen tiefere physiologische Beziehungen erblicken zu wollen. Sommer erwidert hierauf in kurzen anfklärenden Worten an Ort und Stelle. (St.)

Neustätter (31) hestätigt gleichfalls das Tatsächliche des wesentlich von Sommer der hreiteren Ärztewelt bekanntgemachten Birnenphänomens und fügt noch eine Reihe anderer interessanter einschlägiger Detailheohachtnngen hinzn, hält aber strikte daran fest, dass all dies rein physikalisch zu erklären sei und spricht die Befürchtung ans, dass die Anschannng Sommers von der physiologischen Bedeutung dieser Erscheinnngen gewisse vitalistische Superstitionen zn favorisieren imstande wäre. Neustätter glauht übrigens auch nicht wie Sommer an Differenzen in der Wirknng verschiedener Hantstellen und bei verschiedener Hautheschaffenheit. (St.)

Gegenüher allen diesen Einwürfen fasst Sommer nochmals (37) das Wesentliche seiner seit Jahren erhohenen Befunde und seiner Deutung derselhen zusammen. Er weist darauf hin, dass vier Reihen elektromotorischer Phänomenen als von Interesse hier in Betracht kommen: 1. Die Entstehung von galvanischen Strömen bei Berührung der Hände mit metallisch verhundenen Elektroden; 2. die Ablenkung der Magnetnadel nach Reihnng eines Kompasses mit den Fingern; 3. das Leuchten luftleerer Glasgefässe nacb Reibung mit den Händen; 4. die Bewegung von Elektroskopblättchen nach Annäherung der Finger. Sommer glauht

ad 1, dass nicht Schweisssekretions-, sondern muskulär hedingte Druckschwanknngen — also gewissermassen auch Ansdrucksbewegungen, willkürliche und unwillkürliche Bewegungen der Finger — als auslösendes Moment in Betracht kommen; hei 2. handelt es sich um Reihungselektrizität, wohei natürlich der individnelle Charakter der Reihebewegung eine Rolle spielt (nehen der Hautfeuchtigkeit); auch ad 3 weist Sommer auf individuelle Verschiedenheiten in der Bewegungs- resp. Innervationsart hin, als eine plausihle Erklärung dafür, dass nicht allen Experimentatoren der Versuch gleich gut gelingt; hei 4. würde es sich wieder um eine Folgeerscheinnng der Wirkungen von Reihungselektrizität handeln, wohei die von dem Verf. (vide Neurologisches Zentralhl., 1905) a. a. O. näher heschriehene elektromotorische Wirkung der Finger als Bindeglied in Betracht kommt. Ist nun selhstredend auch diese letzte Erscheinung gleichwie die anderen erwähnten in ihrem innersten Wesen physikalischer Natnr, so ist es doch von Interesse, dass sich physiologische Bewegungen resp. psychische Ausdruckshewegungen bei Anwesenheit von statischer Elektrizität durch Vermittlnng von Inflnenz ohne Berührung in mechanische Bewegung umsetzen lassen. In solchem Sinne kommt sonach allen diesen Phänomenen ein physiologisches nnd psychologisches Interesse zu, wohei natürlich von „Animismns“ n. dergl. keine Rede ist. (St.)

Zur Entspannung chirurgischer Hautnähte empfiehlt Frey (15) die Gewichtsextension der Hant unter Zuhilfenahme von Heftpflasterstreifen; die Methode, deren Technik Verf. genauer mitteilt, würde vielleicht auch bei plastischen Operationen (statt der Entspannungsschnitte) in Betracht kommen. Verf. erzählt von einem senilen Individuum, hei dem hei straffer Hautnaht, die nach einer Operation aus äusseren Gründen nötig gewesen wäre, eine Gangräneszierung der welken, an elastischen Fasern armen Haut zu hefürchten gewesen wäre; durch Extension (Heftpflasterstreifen mit Pfundgewicht) gelang recht gut die Entspannung der Nähte. Die Mitteilung enthehrt natürlich auch nicht des physiologischen Interesses.

Mitteilung eines Falles von seiten v. Marschalkós (27), wo im Gehiete des von einem Trauma hefallenen Nervus supraorbitalis anhaltende vermehrte Talgproduktion zu beohachten war. (Bo.)

Die am Samenleiter von Kater und Kaninchen ausgeführten Versuche, üher die Nagel herichtet (30), ergahen keine Peristaltik, sondern eine starke Verkürzung auf direkte und indirekte Reize. — Der ausgeschnittene Samenleiter ist für Versuche infolge seiner Haltharkeit sehr geeignet. Wärme hringt nnr vorübergehend eine Verkürznng hervor, welche von einer Erschlaffung gefolgt ist, während Kälte eine anhaltende Wirkung ausüht. — Schon mässig starke Induktionsströme wirken erregend; am ausgeschnittenen Präparat wird die Erregung dnrch den elektrischen Reiz nur vom urethralen zum Hodenende fortgepflanzt. (Vo.)

Die anatomischen Untersuchungen von Porosz (33), die derselhe an 120 Patienten verschiedenen Alters (von wenigen Monaten his 76 Jahren) unternahm, hewiesen, dass der dnrch ihn auf Grund physiologischer und pathologischer Erscheinungen angenommene Sphincter spermaticus, in dessen Schwäche die Erklärung der Symptome der Atonie zu suchen ist, tatsächlich existiert. Das Ductus-Paar weist zwei Muskelringe auf, welche ein gemeinsamer, grösserer, aus glatten Muskelfasern hestehender Ring zusammenhält. Die drei Muskelringe stehen miteinander in

organischem Zusammenhange, so dass sie zusammen auf einmal tätig sein können. Ihr Tonus ist konstant, und dies verhindert die überflüssige Entleerung des Samens aus der Blase. — Die physiologische Rolle des Colliculus seminalis ist nicht die, dass er anschwellend die Urethra gegen die Blase zu verschliesst, sondern es fanden sich darin gar keine Bluträume. Statt derselben fand Porosz im Colliculus normales Prostatagewebe, mitunter sogar Prostatakörperchen. (M. u. K.)

Nachdem sich Gerhardt (16) ausführlich mit den Penisformen bei den Säugern befasst hat, kommt er zum Resultat, dass die grosse Fülle der Formen sich teilweise aus der Funktion erklären lässt, teilweise aber bisher keine befriedigende Erklärung dafür besteht, warum es gerade zu einer bestimmten Gestaltung kam: jedenfalls entspricht der Penis auch in diesen Fällen den funktionellen Bedürfnissen. — In ausführlicher Weise geht hierauf der Verf. auf das vergleichende Studium des Penis der übrigen Amnioten mit dem der Säugetiere ein, wozu er nicht nur eigene Untersuchungen, sondern auch die einschlägige Literatur kritisch verwertet.

In einem zweiten Abschnitte wird die Biologie des Begattungsaktes bei den Haustieren und einer Anzahl anderer gefangenlebender Säuger eingehend besprochen, wobei sich ausserordentlich zahlreiche Variationen ergeben, die sich aber bisher nur zum Teil durch die morphologischen Eigentümlichkeiten erklären lassen. Zur Erreichung des Endzweckes der Begattung, nämlich der Befruchtung, ist nur die Deponierung von befruchtungsfähigem Sperma (Sekret der Keimdrüsen und akzessorischen Drüsen) im weiblichen Genitaltrakt notwendig, wo es ein befruchtungsfähiges Ei vorfinden muss. — Dieser Zweck kann durch die verschiedensten Arten des Koitus, bei mannigfaltigsten Variationen des Kopulationsorganes erreicht werden. — Die Variabilität geht so weit, dass man sogar innerhalb einer Familie bezüglich Morphologie und Biologie Verschiedenheiten antrifft; man muss annehmen, dass letztere zu einem grossen Teil durch erstere beeinflusst sind; doch dürften auch andere Faktoren noch massgebend sein. (Vo.)

In einem Medium, welches keine oder eine sehr schwache Strömung zeigt, schwimmen, von Adolphi berichtet (1), die Spermatozoen nach den verschiedensten Richtungen durcheinander. Wird die Strömung etwas stärker, so beginnen die Spermatozoen gegen die Stromrichtung zu schwimmen; die richtende Wirkung des Stromes ist — natürlich bis zu einem gewissen Grade — um so stärker, je kräftiger der Strom ist. Zu starken Strömen vermögen die Spermatozoen nicht standzuhalten, sondern werden zurückgedrängt. Die Strömung scheint aber nicht allein die Richtung der Spermatozoenbewegung zu beeinflussen, sondern sie auch zu grösserer Leistung anzuregen. — Tote Spermatozoen werden durch einen Strom von bestimmter Stärke entsprechend physikalischen Verhältnissen so getrieben, dass der Kopf stromaufwärts steht, eine Tatsache, die wohl auch für lebendes Material von Bedeutung ist. Die richtende Wirkung von Strömungen, die auch von anderer Seite beobachtet wurde, hat für die Befruchtung insofern eine Bedeutung, als der vaginalwärts gerichtete Strom im inneren Genitale ein Wegweiser für die Spermatozoen ist, tubenwärts und zwar in ziemlich gerader Richtung sich zu bewegen. — Roth hat auf diese Tatsachen schon früher aufmerksam gemacht. (Vo.)

Reko (34) gibt ein kurzes kritisches Sammelreferat über das Thema: Wechselbeziehungen zwischen Nase und Geschlechtsapparat. (Vo.)

Auf Grund von Erwägungen kommt Ziegler (44) zur Annahme der Möglichkeit, dass für die Geschlechtsbestimmung die grössere Erhaltungsenergie (Vitalität) von Ovulum oder Spermatozoen im Momente der Befruchtung ausschlaggebend sein könnte. (Vo.)

Die Bürzeldrüse der Vögel ist, wie Stern darlegt (39), eine tubulöse Drüse, bei der man auf dem Durchschnitte schon makroskopisch, noch besser aber an Gefrierschnitten, die 24 Stunden in einem Gemisch von alkal. Scharlachrot und 1 % Osmiumsäure gelegen waren, drei Zonen unterscheiden kann. Diese Zonen sind auch am einzelnen Tubulus zu erkennen und finden durch das histologische Verhalten, welches eingehend beschrieben wird, ihre Erklärnng. Als wichtigstes Resultat der Untersuchung ergibt sich, dass das Sekret der Drüse nicht durch eine fettige Degeneration der Drüsenzellen entsteht, sondern aus dem Nahrungsfett, welches sich zunächst noch durch Osmiumfärbung nachweisen lässt, kommt es durch Drüsenfunktion zunächst zur Bildung der „lipoiden Körnchen“, dann der grösseren „Sekrettröpfchen“, aus denen sich die Hauptmasse des Sekrets zusammensetzt. Die Löslichkeit der Sekrettröpfchen entspricht der des Oktadecylesters; sie sind nicht osmierbar. — Die histologischen Befunde unterstützen somit die Annahme von Röhmann nnd Plato, dass es sich in der Bürzeldrüse um einen echten Sekretionsvorgang handelt. (Vo.)

Durch langsame Physostygmininjektion wird nach Buschke (12) bei Meerschweinchen in den Bindehautsack eine milchähnliche Flüssigkeit sezerniert, deren Provenienz aus den Meibomschen Drüsen man durch den Augenschein konstatieren kann. — Buschke meint, dass diese gesteigerte Fettsekretion eine Folge der durch krampfhafte Muskelkontraktion gesteigerten Entleerung der Drüsen ist, wenn auch eine erhöhte Sekretion infolge der Physostygminvergiftung nicht ausgeschlossen erscheint. Durch mikrochemische Reaktionen (Scharlach R., Sudan) im Drüsengewebe wird es wahrscheinlich, dass es sich nicht um eine Fettmetamorphose der Drüsenepithelien, sondern vielmehr um einen echten Sekretionsvorgang handelt, indem in den sonst wohlerhaltenen Drüsenzellen Körnchen auftreten, die erst allmählich Fettreaktion annehmen und mit den lipophoren Körnchen Platos identisch sein dürften. — Eine direkte Übertragung der Versuchsresultate, die man beim Studium der Bürzeldrüse gewonnen hat, auf die Talgdrüsenfunktion des Menschen ist nicht angängig, wenn auch Nahrungsfett durch die Talgdrüsen ausgeschieden werden kann, da bei einem Teil der mit Sesamöl gefütterten Meerschweinchen dasselbe im Sekret der Meibomschen Drüsen nachweisbar war. — Die Untersuchungen über fermentative Wirkungen der Meibomschen Drüsen sind nicht abgeschlossen. Die Versuche wurden in Gemeinschaft mit A. Fränkel ausgeführt. (Vo.)

Entgegen anderen Angaben ist nach Röhmann (35) im Wollfett, das hauptsächlich Produkte der Talgdrüsen enthält, vor allem ein Stoff enthalten, das „Lanocerin“, welches sich auf einfache Weise rein gewinnen lässt. — Es ist als das innere Anhydrid der Lanocerinsäure aufzufassen. — Daneben kommen auch andere Stoffe vor, so besonders Cholesterin, welches wohl als Produkt der Epidermiszellen anzusehen ist. — Nach Untersuchungen von Röhmann, Plato, M. Stern dürfte das Nahrungsfett für die Entstehung der Sekretbestandteile eine Rolle spielen. Verf. schliesst weiter auf eine chemische Verwandtschaft des Cholesterins mit dem Lanocerin, Dermocerin, Pennacerin, woraus deren Entstehung aus Fetten, speziell der Ölsäure, abgeleitet werden könnte.

Aschoff macht in der Diskussion auf das Vorkommen von Cholesterin in späteren Stadien des Atheroms der Aorta aufmerksam, wobei hochgradige Verfettungen vorausgehen. Es könnte sich also auch hier um den Übergang eines Stoffes in den andern handeln, wenn auch in den Verfettungsherden keine reinen Fettsäureverbindungen, sondern Mischungen mit doppeltbrechenden fettähnlichen Substanzen nachgewiesen worden sind (Kaiserling und Orgler); vielleicht sind dies schon Übergangsstufen. (Vo.)

Auf Grund persönlicher Untersuchungen und Experimente stellt Lombardo (25) fest, dass von den von verschiedenen Autoren für die Fettsekretion der Schweissdrüse (Mensch, Katze, Hund usw.) angeführten Beweisen ein Teil nur wenig Beachtung verdient, weil er auf direkten Schweissuntersuchungen beruht, solange die bisher zum Auffangen des Schweisses gebräuchlichen Methoden eine Verunreinigung durch fremde Substanzen nicht zu verhüten vermögen; ein anderer Teil beruht auf histologischen Untersuchungen, deren Resultate auf ungenaue Technik resp. falsche Deutung der gewonnenen Tatsachen zurückzuführen sind; ein dritter Teil endlich beruht auf physiologischen und anatomischen Analogien, die doch keinesfalls eine derartige Beweiskraft besitzen können, dass man eine so einschneidende Frage in einem gegebenen Sinne danach entscheiden darf. Verf. glaubt deshalb den Schluss ziehen zu dürfen, dass die Schweissdrüsen normalerweise kein Fett produzieren. (Ve.)

Im Alter erleiden die Schweissdrüsen der Haut einige morphologische und histologische Veränderungen, die nach Majocchi (26) 1. als Altersveränderungen dieser Organe betrachtet werden müssen. 2. Diese sind doppelter Art: a) die primären sind auffällige Erweiterungen einiger Drüsenschläuche mit Schrumpfung der Epithelien, Erweiterungen, die zu cystischen Veränderungen führen können; b) die sekundären hingegen sind charakterisiert durch Hyperplasie der Epithelien, die schliesslich das Auftreten von neoplastischen Formen vortäuschen können (Adenoma sudoriparum, Hydrocysto-Adenoma). Bisweilen können sich beide Drüsenveränderungen gemeinsam finden. 3. Diese Altersveränderungen sind im Greisenalter nicht konstant, finden sich indessen beim eigentlichen Senilismus der Gewebe der Haut. 4. Sie können sich zuweilen auch bei dystrophischen Zuständen noch junger Individuen finden, was einem präsenilen Stadium entsprechen würde, und zwar besonders die unter Nr. 2 erwähnten Erweiterungen der Drüsenschläuche. 5. Bei einigen ansteckenden Krankheiten der Greise können sich die erwähnten Drüsenveränderungen nun vorfinden und den Verdacht wachrufen, dass die Drüsen an dem örtlichen Krankheitsprozess mit beteiligt wären, während sie nichts anderes als senile Involutionen darstellen. (Ve.)

Burkhardts (10, 11) Mitteilung ist ein Referat über eine in der Deutschen Zeitschr. für Chir., Bd. 79, ausführlich erschienene Arbeit. Durch Versuche an Hunden wurde konstatiert, dass erst eine länger als 24 Stunden währende Konservierung die Lebensfähigkeit der Thiersch-Läppchen wesentlich herabsetzt; doch heilen auch dann noch einzelne Zellkomplexe an, sogar nach 12 Tagen ist eine geringe Wiederbelebungsfähigkeit vorhanden. Unbedingt verhindert muss eine vollständige Austrocknung werden; die in der feuchten Kammer aufbewahrten Läppchen schienen makroskopisch frischer, doch war mikroskopisch zwischen solchen und trocken aufbewahrten Epithelstreifen bezüglich der nach und nach auf-

tretenden Veränderungen kein wesentlicher Unterschied zn konstatieren. Notwendig war die Zufnhr von Sauerstoff und die Abhaltung von Mikroorganismen. Anheilnngsfähig bliehen die tieferen Lagen der Malpighischen Schichte, während die oberflächlichen zngrunde gingen. Daraus folgt, dass man Thiersch-Läppchen ganz gut dnrch 24 Stunden konservieren kann, ohne den Erfolg zu riskieren. (Vo.)

Die Untersuchnngen von Latschenherger und Polansky (22), an zwei Pferden ansgeführt, ergahen, dass die täglichen Schwanknngen des Körpergewichtes heim Pferde durch die Gewichtsschwankungen der gas-, resp. dampfförmigen Aufnahmen und Ausscheidungen des Pferdekörpers bedingt sind. Während nach Atwater beim Menschen die täglichen Gewichtsschwankungen hauptsächlich dnrch die verschieden grosse Harnansscheidung nnd O-Anfnahme hervorgerufen werden, erfolgt dies heim Pferde infolge der Abdnnstung an der Oberfläche der Haut nnd der O-Anfnahme. Dementsprechend ist auch die Pferdehaut bedentend reicher an Schweissdrüsen. — Es ist plansibel, eine Erklärung für diese Schwankungen in periodischen Schwankungen des Stoffwechsels zn suchen. — In sehr instruktiver Weise geben Kurven den Einflnss von Wasseranfnahme, von Abgabe von Mist, Harn auf das Körpergewicht wieder. (Vo.)

Die Versnche Babàks (5) wnrden in Gemeinschaft mit Stich an Kaninchen und zwei Tauben ausgeführt. Zur Wärmemessung wurde das modifizierte Kompensationskalorimeter nach d'Arsonval verwendet, andererseits fand die modifizierte Respirometrie nach Regnault-Reiset Anwendung. Es ergab sich, dass bei Anwendung wirklich indifferenter Stoffe wie Stärkekleister, Gelatine znr Bestreichung die Wärmeahgahe durch Wochen his um 140% gesteigert werden kann, ohne dass die Tiere nennenswerte Schädigung zeigen. — Denn in verhältnismässig kurzer Zeit passt sich der Wärmeregulationsapparat den geänderten Bedingungen an, indem den erhöhten Wärmeverlusten eine gesteigerte Wärmeproduktion entspricht (chemische Wärmeregulation). — Anders verhält es sich mit Tieren, die mit Öl oder Firnis bestrichen werden. Schon nach einmaligem Ölanstrich leiden die Tiere, nach mehrmaligem Öl-, einmaligem Firnisanstrich gehen die Kaninchen zugrunde und zwar unter oft beträchtlicher Temperaturerniedrignng, welche aher nicht so sehr durch Wärmeverluste als vielmehr dnrch mangelhafte Wärmeproduktion zu erklären ist. Die primäre Ursache dürfte in einer Vergiftung zu snchen sein, während die Abkühlung als ein seknndärer Faktor anzusehen ist, der mit zum Exitus führt. Von einem Ahkühlnngstode könnte man bei der Firnissnng nicht sprechen. (Vo.)

Dnrch die normale Hautdecke wirkt nach Banm (6) die Nebennierensnbstanz nicht, sondern nnr dann, wenn Kontinuitätstrennungen vorhanden sind. Ihre anämisierende Wirknng ist bei lokaler Anwendung um so intensiver, rascher eintretend und länger dauernd, je normaler das Gewebe ist, dagegen nmso undeutlicher und kürzer, je chronischer der Krankheitsprozess der Haut. — Nach Einwirkung anf chronisch erkranktes Gewebe hleibt eine venöse Hyperämie zurück, während dies hei normalem Gewebe nicht der Fall ist, ansser nach wiederholter lokaler Anwendung von Nebennierensubstanz. Daber ist die Anwendungsmöglichkeit auf nicht zu schwer geschädigtes Gewebe nnd nur auf kurze Zeit beschränkt.

Da die chemischen Eigenschaften des Brenzkatechins ausserordentlich ähnlich denen der Nebennierensuhstanz sind, lag es nahe, auch

seiue physiologischen Eigenschaften zu untersuchen. — Tatsächlich bewirkt es, lokal angewendet, Anämisierung nnd Gänsehautbildung der Haut. Vielleicht beruht das wirksame Priuzip beider in dem Reduktionsvermögen.

Das Spermin wirkt als direkter Antagonist des Nebennierenextraktes, indem durch diesen anämisierte Stellen nach lokaler Wirkung von Spermin (Schwimmhaut des Frosches) plötzlich eine Erweiterung der Arterien und Kapillaren, Beschleunigung der Zirkulation zeigen (Katalysator auf oxydative Prozesse?), doch ist diese Wirkung eine rasch vorübergehende. (Vo.)

Der Nachweis, des in ganz geringen Quantitäten vorkommeuden Lithiums geschieht, wie Herrmann berichtet (18), mittelst des Spektralapparates. — Selbstverständlich überzeugte sich zunächst Verf., dass sowohl seine Reagenzien frei von Lithium sind, wie anch, dass die verwendeten Gefässe kein Lithium abgeben. — Nach entsprechender Verarbeitung nnd Vorbereituug konnte er in fast alleu Organen, so auch Harnblase, Niere etc., ferner im Urin, Galle, Ascitesflüssigkeit, Lithium in grösserer oder geringerer Menge nachweisen, anffallend viel in der Lunge. — Dass es in letztere nicht allein wenigstens durch Inhalation gelangt, geht daraus hervor, dass es schon beim Neugeborenen dort vorhanden ist. Über die topographische Verteilung des Lithinm, seine physiologische und eventnelle pathologische Bedeutung kann noch nichts ausgesagt werden. (Vo.)

Die mit einer sorgfältigen Literatnrühersicht und Literaturanalyse verhundeneu Untersnchuugen Brouhas (9) haben die Entwickelung und Funktion der Brustdrüse beim Menschen und hei der Fledermaus zum Gegenstand uud gipfelu in eiuer morphologischen und phylogenetischen Würdigung der Brustdrüse und Brustwarze. In phylogenetischer Hinsicht hricht Verf. vollständig mit der Gegenbauerschen Theorie, die das Drüsenfeld der Echidna in die Brustwarze verlegt. Verf. sieht in der Brustwarze nnd der in sie mündenden Brustdrüse ausschliesslich den zentralen Abschnitt des Drüsenfeldes und findet den peripherischeu Teil iu der Areola nnd den Areolardrüsen Montgomerys. Gestützt auf das Studium der Entwickelung und Funktion der Brustdrüseu mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse der Areolardrüsen baut Verf. die vom Referenten, von Eggeliug und Bresslau vertretene Anschauung aus, dass die Brustdrüse den tubulösen Hautdrüsen zugehört, und dass die Areolardrüsen sämtliche Übergangsformen der Brustdrüse zu Schweissdrüsen vor Augen führen. Hinsichtlich der Sekretion weicht Verf. von den Ergebnissen des Ref. ab, indem er zwar auch den wesentlichen Teil des Sekretionsvorganges als „merocrin“ bezeichnet, dahei aher der vom Ref. in Ahrede gestellten sekretorischen Abstossuug von Zellknppen im Sinne Heidenhains eine gewisse Beteiligung zugesteht. (Be.)

Arnold (4) gelangt durchaus zur merokrinen Auffassung der Milchdrüsensekretion, d. h. er leitet das Sekret von einer synthetischen Tätigkeit der Zelle hei Erhaltung der Zellindividualität ab. Er findet in der ruhenden Zelle, hesonders im hasalen Teil und in der Umgebung des Kerns, Granula, Plasmosomen und hriugt die Fettahsonderung mit diesen in Beziehung; die Sekretion des Milchfettes beruht auf Umwandlung des Cytoplasmas der Epithelzellen, speziell der Plasmosomen; der Vorgang ist eiu synthetischer. Die Ausstossung des Sekrets geht

ohne Läsion der Zellen vor sich. Die Eiweisssekretion erfolgt gleichzeitig mit der Fettsekretion, die Sekretkugeln bestehen teilweise aus Eiweiss. Die Kolostrumkugeln sind vorwiegend leukozytär, bei ihrer Entstehung spielt Phagozytose und Synthese eine Rolle; ausserdem kommen fetthaltige Epithelzellen im Lumen vor. (Be.)

IV.

Allgemeine Pathologie der Haut.

Von **Felix Pinkus**, mit Beiträgen von **A. Alexander**-Berlin, **H. Kanitz** in Gemeinschaft mit **v. Marschalkó**-Klausenburg, von **Selenew**-Charkow, und **C. J. White**-Boston.

Literatur:

1. Alves de Lima, J., Elephantiasis do escroto. Gazeta clinica de S. Paulo, März.
1a. Astroe, L. d', Les infections cutanées chez le nourrisson. Arch. de méd. des enfants, Febr. u. März.
2. Audry, Ch., De quelques altérations cutanées déterminées par l'enveloppement humide (sudamine de macération). Ann. de dermatol. et de syph., März.
3. Beck, C., Gyermokkori bőrbajok összefüggése a belső szervek megbetegedéseivel (Über den Zusammenhang der Hautkrankheiten mit Erkrankungen der inneren Organe im Kindesalter). Budapesti Orvosi Ujság. Dermatol. Beil. Nr. 1.
3a. Beck, C., Gangraena spontanea s. idiopathica cutis a csecsemőkorban [Gangraena spontanea s. idiopathica cutis bei einem Säugling]. — Budapesti Orvosi Ujság, Pädiatr. Beil. Nr. 2.
3b. Bezbokaja, M., Feuchter Brand des Beines. Wratscheb. Gaz. 10. September.
4. Boików, W., Gleichzeitige Existenz einiger Hautkrankheiten (Lupus erythematodes, Lichen pilaris, Lichen spinulosus, Keratosis follicularis, Lymphangioma circumscriptum) bei demselben Kranken. Protokolle der Charkower dermatologischen venerologischen Gesellschaft. Sitzung am 5. Mai.
5. Buek, S., Über die Pathogenese des Buchweizen-Exanthems. Mitt. aus Finsens med. Lichtinstitut in Kopenhagen. 9.
5a. Chanssat, J., Gangrènes spontanées, massives et simultanées des deux membres inférieurs. Thèse de Montpellier.
6. Cheatle, G. L., The points of incidence compared in cancer, leucoderma and scleroderma. Brit. med. Journ. 29. April. S. 926.
6a. Carl, The treatment of elephantiasis. Journ. of cut. dis. Sept.
7. Desgrez, A. et Ayrignac, J., Étude des échanges nutritifs dans les dermatoses. Journ. de physiol. et de pathol. gén., Januar.
8. Dentsch, Die Übertragung ansteckender Krankheiten durch Badeanstalten und deren Verhütung. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. und öffentl. Sanitätswesen. Bd. 29. S. 379.
9. Ehrmann, Fall von Elephantiasis labii oris. Verh. der Wiener dermatol. Gesellschaft. 8. II.
9a. Einiss, L., „Ob otwlekajuschtschem wlijanij samostojatelnych i otwlekajuschtschich sabolewanij werchnich pokrowow" (Über den ableitenden Einfluss selbständiger und ableitender Affektionen der Hautdecken). Wratschebnaja Gazeta (Ärzte-Zeitung). Nr. 32.
10. Engman, M. F., Affections des membranes muqueuses envisagées dans leurs rapports avec les dermatoses. Rev. prat. des mal. cut., syph. et vén. S. 51.
11. Eschweiler, Über die im Gefängnis Düsseldorf-Derendorf beobachteten Hautödeme unbekannten Ursprungs. Deutsche med. Wochenschr. S. 870.

12. Ferrier, Gangrène des orteils d'origine vascnlaire. Soc. méd. des Hôp. 28. Jnli.
13. Finger, E., Urticaria papulesa. Wien. dermat. Gesellsch. 10. V.
14. Fordyce, John, A., Affections des membranes muqueuses envisagées dans leurs rapports avec les maladies de la pean. Rev. prat. des mal. cut., syph. et vén. S. 3.
15. Fox, T. Colcett, Diseases ef the skiu ef the yeung child. Practitiener, Vol. 75. S. 564.
16. Friedrich, Fall von monströser Elephantiasis, besonders des rechten Oberschenkels, Lympherrhagie und ausgedehnten papillär-verrukösen Wucherungen. Med. Verein Greifswald. 4. XI.
17. Gaertner, Gnst., Eine einfache Methede der Hauttemperaturmessung. Münch. med. Wochenschr. S. 1885.
18. Gasten, Paul, La scrophule. Halbmonatsschr. f. Haut- nnd Harnkrankheiten. S. 17.
19. Grothusen, Über Elephantiasis scroti nnd deren Behandlung. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhygiene. S. 111.
20. Grünenwald, Über Hanttemperaturmessuug. Münch. med. Wochenschrift. S. 2125.
21. Guillanmiu, A., Contribotion à l'étude de la gangrène des extrémités dans les affectiona cardiaqnes. Thèse de Paris.
22. Gutbrod, O., Gangrän nach Eklampsie. Meuatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. S. 734.
23. Hall, A, J., An inqniry in to the etiolegy of infantile eczema. Brit. Journ. of Dermatol., Mai, Jnni, Juli und August.
24. Harttnng, Fall ven Cyanese der Extremitäten, ehne Ausgang im Gangrän oder Nekrose, seit 8 Jahren. Breslaner dermatel. Verein 6. VI.
25. Helder, J. C., Een geval van acuut intermitteerend oedeem vande vorste lip van den haarmeederhals bij een zwangere in de 3. maand. Nederl. Tijdschr. voor Geueesk. 2. Sept.
26. Helferich, Elephantiasis eines Beines. Med. Ges. in Kiel. 6. V.
27. Huchard, H. nnd Fiessinger, Ch., Die Behandlnng der Ödeme. I. des praticiens 1 u. 2.
28. Jamiesen, W. Allan, Dermatology. (Centenary number). Edinburgh Med. journ. Vol. 59. S. 94.
29. Joseph, Engen, Einige Wirknngen des uatürlichen Ödems und der künstlichen Ödemisieruug. Münch. med. Wochenschr. S. 1917.
30. Kreibich, K. und Pelland, R., Refraktometrische Untersnchnngen exsndativer Dermatoseu. Arch. f. Dermat. n. Syphilis, Bd. 75. S. 3. (Siehe auch Abschnitt Experimentelle Dermatologie.)
31. Kuhla, H., Quantitative Versnche über Giftanfuahme durch die Haut (Paranitrochlorbenzol, Tropföl, Diuitrotolnol). Inang.-Diss. Würzburg. (Siehe auch Abschnitt experimentelle Dermatelegie.)
32. Lannelongne, Étude sur la gaugrène iufectieuse disséminée de la peau. Thèse de Berdeaux.
33. Lehmann, Fall ven Elephantiasis vulvae ohne Drüsenerkrankung. Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol. zu Berlin. 14. IV.
33a. Leiner, Ecthyma gangraenosum nebst Lichen scrophnlosorum nnd Follicnlis bei einem zwei Jahre alten Kinde. Verhandlnngen der Wiener dermat. Ges. 24. V. (Disk.: Ullmann.)
34. Leredde, Les maladiesfamiliales de la peau. Rev. prat. des mal. cut., syph. et vén. S. 295.
35. Maclean, E. J., A case of elephantiasis of the vulva in associatiou with elephantiasis of the right lewer limb. Brit. med. journ. 23. Sept. S. 721.
36. Mann, J. D., On the causes and treatment of oedema. Brit. med. journ. 20. Mai. S. 594.
37. Marcns, Alh., Eingahe an den Müncheuer Magistrat üher die Gefährlichkeit nnsauberer Hände und Nägel ond die Erziehung der Schuljugend zur Reinlichkeit. Dermatol. Zeitschr. S. 425.
38. Mattirolo, G., Arteriti diplococciche e gaugrene delle estremità. Gazz. degli Osped., 1. Okt.
39. Mayer, Alhert, Ein Fall von Elephantiasis der Oberextremität. Dermatel. Zentralbl. S. 102.
40. Meyer, Ludwig F., Zur Kenntnis des idiopathiscben Ödems des Säuglings. Deutsche med. Wochenschr. S. 1464.
41. Michels, E., and Weber, F P., Obliterative arteritis, leading to gangrene of extremities in otherwise apparently healthy men in the prime of life. Brit. med. journ. 8. April. S. 762.

42. Mignon, Amputation pour gangrène par obstruction artérielle, sans sphacèle du lambeau. Diskuss.: Hartmann, Bergor, Reclus. Soc. de Chir. 17. Mai.
43. Moncorvo, Breves consideraçõee sobre a frequencia das dermatosee infantis no Rio de Janeiro. Brazil-medico. 1. April.
44. Morichau-Beauchaut, R, Das akute umschriebene Ödem der Haut und der Schleimhäute. Annales de Dermat. et de Syphil. Heft 1.
44a. Mosse, Fall von Sklerödem. Berl. med. Ges. 21. VI.
45. Negroni, G., und Zoppi, A., Uber Elephantiasis lymphorrhagica des Penie und des Skrotums infolge narbiger Unterbrechung der inguino-kruralen Lymphbahnen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 77. S. 112.
46. Ouvry, J., Contribution à l'étude des oedèmes familiaux. Thèse de Paris.
47. Pigache, R., Étude sur la pathogénie chimique de l'oedème. Thèse de Lyon.
48. Pinheiro, Guimaraes, Pathogenia e therapeutica dos edemas. Brazil-medico, 1, 8, 15, 22. Februar u. 1. März.
49. Pollack, Präparate einer nur 4 Tage mit Gangrän der Füsse und Nase kranken Frau. Wissensch. Verein der Ärzte zu Stettin. 7. II.
50. Potts, Jerome D., Cushion diseases. Med. Record. Vol. 67. S. 896.
51. Raech, C., Hudens eygdommo og dores bohandling. Kopenhagen. (Die Hautkrankheiten und ihre Behandlung.)
52. Rsepighi, E, Di un caso singolarissimo di orticaria recidivante (orticaria catameniale). Clinica moderna. 8. Febr.
53. Richter, Die Hauterkrankungen an den Beugeflächen der Phalangen beim Pferde und ihre Stellung unter den Dermatosen. Zeitschr. f. Tiermedizin. Bd. 9. S. 23.
54. Ritter, Carl, Die Entstehung der entzündlichen Hyperämie. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. S. 235.
55. Rubens, Ein Fall von akutem umschriebenem Hautödem mit orthostatischer Albuminurie. Münch. med. Wochenschr. p. 854. (Siehe auch Abschnitt Erytheme etc.)
56. Saligue, Des oedèmes aigus localisés, multiples et transitoires. Thèse de Bordeaux.
57. Senator, H., Über die Messung der Hauttemperatur. Münch. med. Wochenschr. S. 2374.
58. Siedentopf, Präparat von Elephantiasis vulvae. Med. Gesellsch. zu Magdeburg. 23. II.
59. Siegriet, Präparat von einem Kinde mit Hydrophthalmus und Gesichtsschwellung. (Wucherung des Perineuriums). 32. Vers. der Ophthalm. Gesellsch. in Heidelberg. (Disk.: Wagenmann).
60. Sieveking, Gesundheitsschädigende Mittel (schwere Ekzeme durch das Lausemittel Puffi, durch Handschuhfutter, Albuminurie nach Beklebung der Arme mit Abziehbildern). Arztl. Verein in Hamburg. 4. IV.
61. Solger, F. B., Die Bedeutung des Pigments für die hellfarbigen Menschenrassen. Dermatol. Zeitschr. S. 516. (Siehe auch Abschnitt Normales Pigment.)
61a. Specht, Knabe mit Ecthyma gangraenosum (Moulage). Echte Diphtheriebazillen im Abstrichpräparat. Breslauer dermat. Verein. 6. VI.
62. Stelwagon, H. W., Remarks on the destructive skin diseases: epithelioma, lupus vulgaris, and syphilis. Amer. Medicine. 22. April.
63. Swoboda, Norbert, Ein weiterer Fall von sogenannter Elephantiasis congenita. Wiener med. Wochenschr. S. 1925.
64. Thibiergo, De la ponction lombaire dans le traitement de quelques dermatoses prurigineuses. Soc. méd. des hôp. 1. Dez.
65. Thureton, E. O., 2 cases of gangrene with spontaneous amputation. Lancet. 20. Mai. S. 1331.
66. Urban, Roseolaähnliches Exanthem. Breslauer dermat. Verein, 12. 1.
67. Vogel, K., Zur Pathologie des Bindegewebes. Münch. med. Wochenschrift. S. 1433.
68. Vortisch, Hermann, Statistik und Bericht für das 1. Halbjahr 1894 der ärztlichen Mission auf der Goldküste. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhygiene. S. 346.
69. Wechselmann, Fall von kongenitaler Hypoplasie der rechten Gesichtshälfte und kongenitaler Elephantiasis teleangiektodes eines Beines. Verhandl. der Berliner dermat. Ges. 14. III.
70. Weiss, Julius, Krankheit und Arbeitsfähigkeit. Wiener med. Doktorenkollegium, 2. 1.
71. Whiting, A. D., Gangrene of the scrotum. Ann. of Surgery, Juni.
72. Wilmanns, Über die Behandlung spontaner Gangrän an den unteren Extremitäten. Verein Freiburger Ärzte. 22. II.

73. Ziegler, Kurt, Histologische Untersuchungen über das Ödem der Haut und des Unterhautzellgewebes. Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allgem. Pathol. Bd. 36. S. 435.

Solger (61) macht daranf anfmerksam, dass an allen Stellen, die eines hesonderen Schutzes hedürfen, auch hesonders viel Pigment angehänft sei. Dies trifft vor allem für die Geschlechtsteile und die Brnstwarzen zn, ferner für den Nahel und After. Namentlich die schwarze Nase gutriechender Sängetiere scheint ihm ein Beweis für diese Anschaunng zu sein. Die gefahrhringende Wirkung enthält nicht allein die Überlichtung durch die Sonnenstrahlen, sondern die Summe aller starken klimatischen Einflüsse. (Siehe auch das Referat im Ahschnitte „Normales Pigment".) (P.)

Im Gegensatz zu diesen Schntzwirkungen ist Bnsks (5) Feststellung von grösstem Interesse, dass durch eine Sensihilisierung der Hant für das Licht, wie wir sie vor einigen Jahren dnrch Tappeiners Untersuchungen zuerst kennen gelernt hahen, Krankheiten hervorgernfen werden können. Diese Sensihilisierung geschieht bei unseren Haustieren durch Buchweizenfütterung. Bnsk weist nach, dass dieser Nahrungsstoff einen flnoreszierenden Körper enthält, welcher die Hant der damit gefütterten Tiere erkranken lässt, wenn sie im Frühjahr sich dem hellen Lichte anf der Weide aussetzen. Es handelt sich nm ein völliges Analogon zu der direkten Einspritzung fluoreszierender Stoffe in die Haut (Erythrosin), wie es znr Steigerung der phototherapeutischen Entzündung empfohlen worden ist. (P.)

Ehenfalls eine Schntzvorrichtung gegen änssere Reize vermutet Hall (23) in der Fähigkeit unserer Haut mit Ekzem zu reagieren. Jedenfalls ist es eine Ahwehrerscheinung unserer Haut gegen einen Teil der Gefahren, die von anssen uns umgehen nnd in unserem Körperinnern darauf warten, dass eine der Schntzleistungen unseres Gewehes nachlässt. So wenig Exaktes wir von diesen Vorgängen des feineren Chemismus wissen, so werden wir doch schon dnrch die grossen Errungenschaften der Lehre von Blut und Gewehssaft anf die unendliche Mannigfaltigkeit dieser Kräfte hingewiesen. Greifbarere Gestalt nimmt der eine oder andere Pnnkt durch die Untersuchnng vornehmlich der Bierschen Schule an.

Gelangt Blnt in das Gewebe, so entsteht eine entzündliche Reizung, welche zur Hantrötung führt. Dieses Ereignis stellt sich bei allen Blntnngen ein, hei denen also nicht die Gewehszerstörung eine direkte Folge des Trauma zn sein hraucht, sondern erst die Folge der reizenden Eigenschaften des ausgetretenen eigenen Blntes. Man kann experimentell die Reizwirkung hervorrufen, indem man sein eigenes Blnt defihriniert sich unter die Haut spritzt. Die Folge ist Schmerz und heftige, tagelang andauernde Hyperämie, ganz im Gegensatz znr Injektion ahgesetzten menschlichen Serums, das die geringsten Veränderungen von allen Injektionsflüssigkeiten, weniger noch als isotonische (0,9 %) Kochsalzlösnng hervorruft. Der Eintritt des Schmerzes ist nach Brauns Untersnchnngen (Langenhecks Archiv Nr. 57; Chirurgenkongr. 1898) ein Zeichen dafür, dass eine Schädigung des Gewebes vor sich gegangen ist. Dieser Schmerz tritt — ahgesehen von dem ersten Schmerz hei einer Verletzung selbst — oft erst mehrere Stnnden nachher ein und deutet die Zerstörung von Gewehe an, das durch Zerfallen des extravasierten Blutes entsteht. So tritt nach Injektion

von Lammblut in die Haut heftiger Schmerz und gewaltige entzündliche Hyperämie an der Injektionsstelle ein. Die Eigenschaft, mit solcher Hyperämie zu reagieren, wird durch Wiederholung der Injektion bedeutend verstärkt (Bordet, Bier), der Körper wird um so empfindlicher, je häufiger die Injektion gemacht wird, je größer seine hämolytische Fähigkeit wird.

In derselben Weise kann die arterielle Hyperämie, welche sich nach der Stauung eines gesunden Gliedes einstellt, die Folge des Zerfalls der roten Blutkörperchen sein, welche während der Stauung aus den Gefässen ausgetreten sind.

Wie nach Blutinjektion auftretende Hyperämie die Folge der Gewebsschädigung ist, stellt die nach Injektion chemischer Stoffe sich zeigende Hyperämie eine Folgeerscheinung von Gewebsnekrose dar. „In der Schädigung des Gewebes liegt also offenbar das Rätsel von der Entstehung der entzündlichen Hyperämie begraben.“ (P).

Die tiefere Ursache der Hyperämie, die Änderung der Körpersäfte, welche durch diese Gewebsschädigung entsteht, sucht Ritter (54) im Nachweis der Gefrierpunktsänderung aufzufinden. Von vornherein muss angenommen werden, dass durch den Zerfall zelliger Elemente die Gewebsflüssigkeit konzentrierter wird. Der osmotische Druck steigt. Tatsächlich fand Ritter im entzündlichen Serum eine geringe (0,588—0,760 gegen 0,56), im Eiter oft eine erhebliche Erhöhung des Gefrierpunktes (bis 1,174—1,444). Koranyis Anschauungen sich anschliessend, dass zum Orte, wo Stoffe von erhöhten osmotischen sich befinden, ein Flüssigkeitsstrom hin sich einstellt, der zum Ausgleich der Differenz dienen soll, folgert R., „durch die Steigerung der Konzentration in den Gewebssäften findet somit eine Aspiration von Flüssigkeit aus den arteriellen Kapillaren nach den Geweben hin, dagegen eine Strömung von den Geweben nach den Venen hin statt.“ Der verstärkte Strom der Gewebsflüssigkeit kann nur durch verstärkte Blutzufuhr entstehen, es kann also durch Erhöhung des osmotischen Drucks, durch Gewebszerfall, eine entzündliche Hyperämie nach dieser Stelle hin entstehen. So entsteht diese Hyperämie aber nicht an allen Stellen, wo Gewebe zerfällt (kalte Abszesse): die kryoskopische Untersuchung zeigte an dem Eiter der kalten Abszesse aber einen Druck, der genau dem des normalen Serums und Blutes entsprach, nicht erhöht war. Die Erhöhung des osmotischen Druckes scheint das eigentliche Anlockungsmittel des Blutes (und zwar bei den arteriellen, geringeren osmotischen Druck bringenden) darzustellen. (P.)

Als Ursache für den Austritt der Ödemflüssigkeit aus dem Blut ins Gewebe sieht Ziegler (72) eine Schädigung der Kapillarwand an, nicht eine Erhöhung der sekretorischen Funktion der Gefässwände (P.). Dass aber unter gewissen Verhältnissen eine eigentümliche Auswahl des austretenden Fluidums statthat, deuten die refraktometrischen Untersuchungen von Kreibich und Polland (30) an, welche in dem Quetschsaft der Urticariaquaddel eine weit höhere Refraktometerzahl fanden als im Serum, eine Zahl, die der des Gesamtblutes nahesteht. Sie schliessen daraus, dass nicht Serum, sondern Serum und Fibrin erzeugende Substanzen aus dem Gefässe herausgepresst seien, im Gegensatz zur entzündlichen Exsudation, welche dem Serum entsprechende Zahlen aufweist und zur Transsudation (Ödeme), welche weit geringere Zahlen zeigt. Die Ursache der konzentrierten urtikariellen Flüssigkeit

sehen sie in einer Wirkung des Gefässnervensystems, welches die Kapillaren zu dieser eigentümlichen Durchlässigkeit bringt. (P.)

Auf die Wichtigkeit der Kochsalzzufuhr und Kochsalzausscheidung, auf die Entstehung von Ödemen machen Huchard und Fiessinger (27) und Mann (36) aufmerksam. Letzterer hat bestimmte quantitative Parallelreihen zwischen Ödemzunahme und Verringerung der Kochsalzausscheidung im Urine zwar nicht finden können, indessen hat er starken Rückgang der Ödeme bei salzarmer Diät beobachtet. (P.)

In derselben Weise gelang es Meyer (40) durch klinische Beobachtungen den beinahe experimentellen Beweis für die Wichtigkeit des Kochsalzes (und ebenso anderer, namentlich phosphorsaurer Salze) für die Entstehung des Ödems zu führen. Er konnte beim idiopathischen Ödem der Säuglinge durch Salzzufuhr das Ödem steigern, durch salzfreie Diät es zum Schwinden bringen.

In sehr naher Verbindung, vielfach sogar in direkter Abhängigkeit, stehen umschriebene Ödeme und Quaddelausschläge mit Störungen des Magendarmtraktus. (P.)

Finger (13) beobachtete Urticaria papulosa jedesmal nach Genuss von weissem Wein bei einem 84jährigen Manne. (P.)

Morichan-Beauchant (44) ist der Ansicht, dass auch die grossen zirkumskripten Ödeme primär durch Magen-Darmstörungen erzeugt würden. Die giftigen Stoffwechselprodukte des Darms erzeugen erst sekundär, in den Kreislauf gelangt, durch ihre lymphagoge Wirkung das Ödem. (P.)

Auf die entgiftende Wirkung von Ödemen, die einerseits die eingedrungene Giftlösung verdünnen, andererseits sie durch die Zirkulationsbehinderung, die in ihnen herrscht, lokalisieren und vom übrigen Körper fernhalten, weist Joseph (29) hin. Eine Dosis Strychnin, welche direkt appliziert in wenigen Minuten den sicheren Tod des Versuchstieres herbeiführt, wird nicht selten überwunden, wenn sie in die durch stundenlange Stauung ödematöse Extremität eingebracht wurde. (P.)

Respighi (52) sah bei einer 50jährigen Frau als Ursache rezidivierender Urticaria den Beginn der Menstruation. Aber auch vor der Pubertät, während der Gravidität und nach der Menopause (seit vier Jahren) rezidivierte die Urticaria ebenfalls in regelmässigen, mehrwöchigen Abständen. (P.)

Wie Urticaria (namentlich Urticaria papulosa) häufig zugleich mit Albuminurie beobachtet wird, sah Rubens (55) zugleich mit Albuminerie bei einem 15jährigen Mädchen ein umschriebenes akutes Ödem der Haut auftreten und mit Exazerbationen der Albuminurie rezidivieren. (P.)

Nach unbekannter Schädlichkeit sah Eschweiler (11) bei Lakritzensortierern im Gefängnis Ödeme an Beinen und Füssen, die 5—40 Tage dauerten. Vielleicht ist das lange Stillesitzen bei der Arbeit und eine dadurch bedingte Zirkulationsstörung der unteren Extremitäten die Ursache. (P.)

Vogel (67) geht von dem grosszügigen Gedanken aus, dass viele Erkrankungen des Körpers, vor allem Knochen- und Gelenkdeformitäten, Gefässdilatationen, Erweiterungen im Bauch- und Brustraum nicht in einer lokalen Veränderung bestehen, sondern die Folge einer allgemeinen Schwäche des Bindegewebes seien. Er hat alte und jüngere Leute aus Invaliden- und Siechenanstalten untersucht, da diesen die Unbilden

des Lebens besonders stark körperlich mitgespielt haben müssen und eine ererhte Schwäche bei ihnen besser zur Entfaltung gebracht hahen als bei wohlsituierten Menschen, welche ihre angeborene Schwäche dnrch körperliche Schonung ausgleichen können. Unter 160 Männern fand er 52 = 32,5 %, unter 145 Frauen 42 = 30 %, welche keine derartigen Folgeznstände der Bindegewehsschwäche darhoten. Bei allen ührigen aber fand er hei der Untersuchung auf das Vorhandensein von Plattfnss, Genn valgum, Coxa vara, Skoliose, Varizen, Varicocele, Hämorrhoiden, Hernien, Hängebauch, Emphysem, Uterusprolaps, Rektumprolaps, Enteroptose 3—6 dieser Zeichen an jedem Patienten vorhanden und glauht damit seine Behanptung hewiesen zu hahen, dass alle diese Leiden „nicht lokaler Natur sind, sondern der Ausdruck einer allgemeinen Konstitutionsanomalie des gesamten Stratum fihrosum des Körpers". (P.)

Gärtner (17) henutzt zur Temperaturmessung freier Hantstellen folgende Methode. Ein sehr empfindliches Thermometer wird, auf höhere Grade erwärmt oder auf niedere abgekühlt, der Haut dicht angelegt. Steigt die Quecksilhersäule, so ist die ursprüngliche Temperatur niedriger als die der untersuchten Hautstelle; sinkt sie, so ist die Hautstelle kälter. Durch Einengung dieser Grenzen gelingt es, die Hauttemperatur zwischen 0,4° C genau zu bestimmen, d. h. nach ohen und nach unten auf 0,2° genau. Mehrere Punkte sind hei dieser Methode zu heohachten:

1. Das Thermometer darf nicht länger als drei Seknnden der Haut anliegen, damit diese nicht dnrch das kältere Instrument ahgekühlt, durch das wärmere erwärmt wird und auch nicht durch die einfache Bedeckung unter dem Thermometergefäss erwärmt wird. Durch viele Untersuchungen ist es ja hekannt, dass das einfache Auflegen des Thermometers, sei es nun frei, sei es von Wärme schlechtleitendem Material (Gnmmi, Glas) nmhüllt, nie die wahre Hauttemperatur ergeben kann.
2. Es darf kein Druck ausgeübt werden, weil durch diesen das Quecksilher infolge der Kompression des Glases in die Höhe getriehen wird.
3. Die Temperiernng des Instruments darf nur durch Annäherung an kalte oder warme Gegenstände, niemals durch Eintauchen in Flüssigkeiten geschehen.

Die Methode seines Vorgehens wird von Gärtner sehr einlenchtend mit dem Einschiessen der Artillerie auf ein Ziel verglichen. (P.)

Dass aber die Gärtnersche Methode nicht neu ist, weist Grünenwald (20) ans Liebermeisters Handhuch der Pathologie nnd Therapie des Fiehers, 1875, nach. Dort ist die Art, durch Beohachtnng des Sinkens, Stillstands oder Steigens des vorher erwärmten Thermometers die Temperatnr freier Hautstellen zu hestimmen, recht genau angegehen. (P.)

Senator (57) macht darauf aufmerksam, dass es sich bei der Methode von Gärtner nicht um die Messung der Hanttemperatur, sondern um die Messung der Temperatur an der Hautoherfläche (der Epidermis) handelt. Die Hauttemperatur selbst hat er schon vor fast 40 Jahren (Virchows Arch. 1868, Bd. 45, p. 351) in kleinen mit Heftpflaster zusammengehaltenen Hautfalten zn messen gelehrt, in welche die Thermometerkugel eingelegt wurde. (P.)

Unter den Hautkrankheiten des Kindesalters, welche mit inneren Krankheiten in Verbindung stehen, gehören in eine Gruppe nach Beck (3) jene Hautkrankheiten, welche direkte Folgeznstände irgend einer im Organismus ahlaufenden Erkrankung sind, welche also durch dasselhe krankheitserzeugende Agens oder dessen Produkte erzeugt wird, wie das Grundleiden (Urticaria, Lichen urticat., verschiedene Erythemformen, Tbc., Tuberknlide etc.). In die zweite Gruppe gehören diejenigen Hautkrankheiten, welche hloss in indirektem Zusammenhange mit anderen Erkrankungen des Organismus stehen und dadurch zustande kommen, dass irgend eine Störung im Stoffwechsel oder eine andere Erkrankung die Disposition schafft, das dnrch Dazutun äusserer Krankheitserreger, seien dieselben nnn physischer oder chemischer Natnr, die Hant leichter und intensiver erkrankt, als nnter normalen Verhältnissen (Folliculitis, Furunkulose, Pityriasis versicolor hei tnherkulösen, Intertrigo, Gesichtsekzem bei üherernährten Kindern etc.). — Von 1901—1904 sah Beck in 66 Fällen die als Pruritus rachiticns sternalis hezeichnete und von ihm znerst beobachtete Veränderung. Das Jucken tritt nur bei Entkleidung auf nnd geht ansser geringem Schuppen ohne ohjektive Veränderungen einher. Von 45 Typhnsfällen wurde bei 13 eine eigenartige Form von Pyodermie gesehen. Typhushazillen wurden in den Hautläsionen nicht gefunden. (M. n. K.)

Boików (4) demonstrierte aus der Klinik Selenews interessante Kranke mit einigen Dermatosen (Lnpus erythematodes, Lichen pilaris, Lichen spinulosus, Keratosis follicnlaris, Lymphangioma circnmscriptnm). Selenew weist auf angeborenen Zusammenhang der Affektionen von Blut- nnd Lymphsystem mit Keratosen hin, was er in seiner Arheit üher „Exsudate und Keratosen“ festzustellen sich hemüht. (S.)

Knrze Übersicht der vorhandenen Heilmethoden hei Elephantiasis. Cnrl (6a) empfiehlt von Zeit zu Zeit die keilförmig geschwollenen Hautmassen und das zngehörige Unterhautbindegewebe zu entfernen. Die vor und nach diesen chirurgischen Eingriffen anfgenommenen Photogramme veranschaulichen die Zweckmässigkeit dieser Methode. (W.)

Bei einem Kinde aus Becks Praxis (3a) im Alter von 5 Monaten, das vorher ganz gesund war, entwickelte sich rapid in der Mitte der linken Glntealregion eine fast kreisrunde, handtellergrosse, trockene Hantgangrän. Nach der am 4. Tage erfolgten Demarkation des gangränosen Gewebes hlieh ein nur mässig eiterndes Geschwür zurück, welches nnter einer Xeroformpasta und auf energisches Touchieren mit dem Lapisstift heilte. Trotz der sorgfältigsten Untersnchung konnte die Ursache nicht eruiert werden, weshalb Beck den Fall als Gangraena spontanea s. idiopathica hezeichnet. (M. u. K.)

(33a). Stark abgemagertes Kind mit ansgesprochener Scrophulo-Tuherkulose. Die Primärefflorescenzen des Ecthyma zeigten Reinknlturen von Staphylococcus pyogenes aureus. (A.)

V.

Allgemeine Therapie der Haut.

Von **Bettmann**-Heidelberg, mit Beiträgen von **v. Marschalkó** gemeinsam mit **Kanitz**-Klausenburg, von **Rusch**-Innsbruck, **Selenew**-Charkow, **G. Verrotti**-Neapel (im Auftrage von **De Amicis**-Neapel) und **Vörner**-Leipzig.

Literatur:

1. Audry, Ch., De quelques altérations cutanées déterminées par l'enveloppement humide (sudamina de macération). Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. 4e Série. Tome VI. S. 238.
2. Aufrecht, Dr. Evers Balsam. Peruvian. synthetic. (Perugen). Pharmazent. Ztg. S. 307.
3. Derselbe, Fagacid. Pharmazeut. Ztg. S. 942.
4. Derselbe, Untersuchung der neuen Salbengrundlage Vitose. Pharmazeut. Ztg. S. 227.
5. Bardach, L., Über Anwendung und Wirkung der Arsen-Ferratose. Therap. Monatsh. S. 406.
6. Baum, Julius, Zur Wirkung und Verwendung der Nebennierenpräparate, insbesondere in der Dermatologie. Arch. f. Dermat. und Syph., Bd. 74. S. 59 und S. 231.
7. Becker, Ernst, Praktische Erfahrungen mit den Fetronpräparaten Liebreich. Therap. Monatsh. S. 298.
8. Bertin, Traitement du lupus par la photothérapie. Echo méd. du Nord, 21. Mai.
9. Behrens, H., Untersuchung von Seifen auf Grund ihres Leitungsvermögens. Pharmazeut. Ztg. S. 880.
10. Birkett, H. S., Further report of a case of primary lupus vulgaris of the oropharynx and nasopharynx, treated by X-rays. Med. Record, 4. Nov.
11. Blanck, Ein aseptisches Taschen- und Injektions-Besteck. Dermatol. Zeitschr. S. 695.
12. Blaschko, Demonstration eines billigen aseptischen Rasierpinsels. Verhandl. d. Berlin. Dermatol. Ges. 14. II.
13. Blau, Albert, Experimentelle Studien über die Wirkung der Sol. arsen. Fowleri auf das Gehörorgan. Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 65. S. 26.
14. Boeder, Zur therapeutischen Verwendung der Heissluftdusche. Zentralbl. f. d. ges. Ther. S. 169.
15. Bonain, A., Sténose cicatricielle du vestibule du larynx consécutive à un lupus; dilatation par l'intubation et résection des replis aryténo-épiglottiques. Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol., 22. Juli.
16. Brugger, Die Verwendung der Spiritusverbände. Deutsche med. Wochenschr. S. 263.
17. Dietrich, C., Verflüssigung von gelatiniertem Liquor Aluminii acetici. Pharm. Ztg. S. 350.
18. Du Bois, Ch., Les bains d'ichtyol en thérapeutique dermatologique. Rev. méd. de la Suisse rom., Juni.

19a. Duplanté, E., Lupus érythémateux chez l'enfant: sa nature, son traitement. Thèse de Montpellier.

19b. Ferrari, A., Thigenol in der Dermatologie. Sitzungsber. der med.-chir. Ges. zu Modena. 30. Juni.

20. Grillo, La Rocca, V., Terapia locale del lupus. Gaz. degli Osped. 30. März.
21. Havass, A., Nehány fyabl physikalis gyógymódról a hörgyógyászathan. (Über einige neuere physikalische Heilmethoden in der Dermatologie) Budapesti Orvosi Ujság. Dermatol. Beil. Nr. 1.
22. Hellström, A., Über einen weissen Perubalsam. Arch. der Pharmazie. Bd. 243. S. 218.

23. Henri, Ch., Contribution à l'étude du lupus chez l'enfant, à propos d'un cas localisé à l'avantbras gauche et traité par les heine enlfureux et la liqueur de Van Swieten. Thèse de Montpellier.
24. Hilgermann, R., Wasserstoffsuperoxyd als Reinigungs- und Desinfektionsmittel im Friseurgewebe. Arch. f. Hyg. Bd. 54. S. 40.
25. Holländer, E., L'edministration interne de quinine à doses progressives, associée aux applications locales de teinture d'iode contre le lupus érythémateux. Sem. méd. S. 43.
26. Hoche, Über Atoxyl. Verein Freiburger Ärzte. 20. I.
27. Jacobson, Spiritus saponetus. Pharm. Ztg. S. 792.
28. Jacquot, J., Traitement opératoire du lupus; excision et autoplastie par les grands décollements. Thèse de Paris.
29. Jamieson, W. Allan, Some of the uses of oxydised pyrogallic acid (Pyraloxin) in Dermatology. Edinburgh med. journ. Vol. 59. S. 433.
30. Joseph, Max und Schwarzschild, Max, Über das Jothion. Deutsche med. Wochenschr. S. 944.
31. Julinsberg, Max, Gefrierbehandlung bei Hautkrankheiten. Berliner klin. Wochenschr. S. 260.
32. Juetne, J., Über Arsenvergiftung auf Grund einer mikrochemisch-histologischen Methode. Dermatol. Zeitschr. S. 277.
33. Kaiser, Sigismund, Eine lebensbedrohende Intoxikation bei Anwendung 50%iger Resorzinpaste. Berlin. klin. Wochenschr. S. 1039.
34. Klingmüller, Viktor, Fortschritte in der Behandlung der Hautkrankheiten. Deutsche med. Wochenschr. S. 1148.
35. Köbrich, Darstellung von Unguentum diachylon. Pharm. Ztg. S. 124.
36. Kromayer, Rotationsinstrumente. Dermatol. Zeitschr. S. 26.
37. Kühl, Hugo, Albumen und Vitellum ovi in der Salbentechnik. Pharm. Ztg. S. 454.
38. Kühn, Wilh., Die neue sichere Epilationsmethode Kromayers und die Elektrolyse. Deutsche med. Wochenschr. S. 550 (mit Erwiderung von Kromeyer. S. 551).
39. Küster, Robert, Unguentum diachylon und Unguentum plumbi. Pharm. Ztg. S. 158.
40. Larin, J. A., Weisser Baum- und Steinkohlen-Teer bei Hautkrankheitenbehandlung. Russisches Journal der Haut- und venerischen Krankheiten. T. IX. Mai.
41. Le Calvé, J., De l'emploi des scarifications et des cautérisations au chlorure de zinc dans le traitement du lupus. Gaz. méd. de Nantes. 30. Dez.
42. Lengefeld, Über Vasenol. Dermatol. Zentralbl. S. 198.
43. Leredde, A propos du pansement gras en dermatologie. Rev. prat. des mal. cut., syph. et vén. S. 47.
44. Derselbe, Des causes d'erreur et de la méthode en thérapeutique. Rev. prat. des mal. cut., syph. et vén. S. 120.
45. Derselbe, Le danger des pommades dans les maladies de la peau. Rev. prat. des mal. cut., syph. et vén. S. 67.
46. Derselbe, Über die Anwendung des Thiols in der dermatologischen Praxis. Fortschr. d. Med. S. 213.
47. Liebreich, Osk., Fetrosal., Therap. Monatsh. S. 545.
48. Loevenhart, A. S., Benzoylsuperoxyd, ein neues therapeutisches Agens. Therap. Monatsh. S. 426.
49. Longin, A. L., Les hybrides de syphilis et de lupus. Thèse de Paris.
50. Lortet, Traitement du lupus par le netron résiné. Lyon méd. 3. Dez.
51. Ludwig, Konrad, Über den Gebrauch der haltbaren Borsäure-Aluminiumazetatlösung. Münch. med. Wochenschr. S. 651.
52. Lundsgaerd, K., Om tuberculosis conjunctivae (isaer lupus conjunctivae) og dens behandling. Hospitalstidende, 27. Sept., 4., 11., 18. u. 25. Okt.
53. Mac Leod, J. M. H., Recent advances in dermatology. I. Tuberculosis cutis. II. The X-ray treatment of ringworm of the scalp. Practitioner. Vol. 74. S. 689.
54. Maës, A., Le tuménol et son emploi en dermatologie. Thèse de Lyon.
55. Mibelli, V., Eine neue Verordnung zur Herstellung von Bädern, Waschungen und Einpackungen mit Oleum cadini und mit Anthrasol. Ital. Zeitschr. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. Heft 3. S. 312.
56. Mock, Demonstration des Präparates Jodoglyzin. Nürnberger med. Gesellsch. u. Poliklin. 21. IX.
57. Moore, V. C., Bacillus tuberculosis in man and animals. Amer. publ. health Assoc. 9—13. I.

58. Moreatin, H., Lupns de la face dorsale de la main ot des doigte, consécutif à une tumeur blanche d'nne des articuletions dn médius; lymphangite tuberculeuse; extirpation; greffe italienne. Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris. Febr.
59. Morris, M., On some new therapentic methods in dermatology. Brit. med. journ. 1. April. S. 697.
60. Müller, Benuo, Über Vnlnoplast. Therap. Monatsh. S. 310.
61. Necker, Friedrich, Über die Verwendung des leoforms in der dermatologischen Therapio. Deutsche med. Wochenschr. S. 1506.
62. Oppenheim, Schwarze Binden. Dontsche med. Wochenschr. S. 468.
63. Paschkis, Demonetration der Kromayerschen Rotationeinstrumente, zur Epilation und znr Entfernung von Komedonen und Sommersprossen. Verhandl. d. Wien. dermatol. Gesellsch. 24. V. (Disk.: Ehrmann, Nohl).
64. Peckolt, Th., Heil- und Nutzpflanzen Brasiliens. Ber. d. Deutsch. pharmaz. Gesellsch. S. 183 n. 225.
65. Pegeot, L, Etude du sang chez les lnpiques. Thèse de Lyon.
66. Philip, Caesar, Turbanverband. Münch. med. Wochenschr. S. 80.
67. Piéry et Farsat, Contribution à l'étude de la gangrène tuberculeuse (tuberculose inflammatoire); gangrène des extrémités chez une phtisique fibreuse, avec tumeur blanche, spondylite rhizomélique et adénites cervicales snppurées. Lyon méd. 26. Nov.
68. Pinner, A., Über Pilokarpin. Ber. d. Deutsch. chem.Gesellsch. Jahrg. 38. S. 1510.
69. Pons, J., Erythème noneux d'origine tuberculense; tuberculose inflammatoire. Thèse de Lyon.
70. Raffin de le Raffinie (de), Purpure et tuberculose. Thèse de Bordeaux.
71. Riedel, J. D. und Grohmann, Zur Prüfung von Cera alba. Pharm. Ztg. S. 157.
72. Roohester, De Laucey, A review of the tnberculosis problem. Buffalo med. journ. Vol. 44. S. 701.
73. Rochette, J., Rapports des tuberculosea cutanées, et perticulièrement dn lupus disséminé, evec la rougeole. Thèse de Lille.
74. Rnhemann, J., Anwendung des Mesotanvaselins. Deutsche med. Wochenechr. S. 755.
75. Sareeon, L., Metaplasma — eine neue Art Verbendstoff. Deutsche med. Wochen schrift. S. 1276.
76. Scheer, Ed., Über den Einfluss alkalischer Substanzen auf Vorgänge der epontanen Oxydation. Arch. der Pharmazie. Bd. 243. S. 198.
77. Schaumann, Herstellnng des Spiritue saponatns. Pharm. Ztg. S. 813.
78. Slavik, E., Lupus vulgaris (l. Wilsni) a mojo pripady lnposni. Casopis lékaru ceskych. 25. März. 1. u. 8. April.
79. Somerville, W. F., Scrofulous ulcers of the legs (Bazin's melady) successfully treated by high-frequency currents. Brit. med. journ. 4. Febr. S. 244.
80. Spanelly, G., Dn naphtol β camphré; sa toxicité, sa posologie et ses applications thérapeutiqnes. Thèse de Peris.
81. Spencer, G. W., Primary tuberculosis of the female breast. Amer. Medicine 18. März.
82. Stadelmann, E., Über Vergiftnng mit Schwefelalkalien. Berlin. klin. Wochenschr. S. 423.
83. Derselbe, Vergiftung mit Schwefelalkalien. (Verschluckung des Enthaarungsmittele Hasrfeind). Berlin. med. Gesellsch. 29. III.
84. Stelwagon, H. W., Treatises on diseases of the skin. London, W. B. Sannders and Co.
85. Trimble, W. B., La congélation par l'air liquide contre certaines affections cutanées. Sem. méd. S. 343.
86. Verny, Gomme tuberculeuse guérie par la radiothérapie. Nord méd. 15. Okt.
87. Vörner, Hans, Über Unguentum sulfuratum mite = Thiolan. Münch. med. Wochenschr. S. 751.
88. Walsham, Hugh, The channels of infection in tuberculosis, together with the conditions, original or acquired, which render the different tissues vulnerable. London, John Bale, sons and Danielsson.
89. Welmans, P., Mitinum und Mitinpräparate. Pharm. Ztg. S. 327.
90. Wionor, E., Ischler Heilquellen. II. Die Salzberg-Schwefelquelle. Wiener med. Wochenschr. S. 1372.
91. Zakrzewski, Über Sapolan. Dermatol. Zentralbl. S. 229.
92. Antisndor. Pharm. Ztg. S. 794.
93. Darstellung konzentrierter Lösungen von Thiosinamin. D. R. P. Pharm. Ztg. S. 962.
94. Darstellung wasserdichter Pflasterunterlagen. Pharm. Ztg. S. 358.

95. Dr. Dreuws Guttapercha-Pflastermull. Pharm. Ztg. S. 228.
96. Emplastrum Lithargyri. Pharm. Ztg. S. 51.
97. Foenum graecum-Seife. Pharm. Ztg. S. 814.
98. Fortschritte in der Behandlung der Hautkrankheiten. Pharm. Ztg. S. 623.
99. Gadose anhydricum, ein Salbenkörper. Pharm. Ztg. S. 943.
100. Hygiene der Barbierstuben. Blätter f. Volksgesundheitspflege. S. 359.
101. Ichden, ein Ichthyolersatzmittel. Pharm. Ztg. S. 135.
102. Mycordormin. Pharm. Ztg. S. 824.
103. Neue Unterlage für Pflastermassen. D. R. P. Pharm. Ztg. S. 943.
104. Psoriolan. Pharm. Ztg. S. 1010.
105. Ringolin. Pharm. Ztg. S. 846.
106. Sterol, eine neue fettfreie Salbengrundlage. Pharm. Ztg. S. 836.
107. Thiolan (Unguentum sulfuratum mite). Pharm. Ztg. S. 370, 400, 584.
108. Tumenolammonium. Pharm. Ztg. S. 824.
109. Ungnentum Kalii jodati. Pharm. Ztg. S. 793.
110. Unverträgliche Arzneimischungen. Pharm. Ztg. S. 60.
111. Unverträgliche Arzneimischungen. Pharm. Ztg. S. 846.
112. Vitose, eine neue Salbengrundlage. Pharm. Ztg. S. 159.
113. Vorschriften zur Verhütung der Verbreitung ansteckender Krankheiten durch Barbiere und Friseure in Dresden. Blätter f. Volksgesundheitspflege. S. 27.
114. Zinkperhydrol. Pharm. Ztg. S. 309.
115. Zinksuperoxydseife. Pharm. Ztg. S. 102.
116. Zusammensetzung des Lanolimentum boricum (Boroglyzerinlanolincreme). Pharm Ztg. S. 134.
117. Zusammensetzung von Pulvis inspersorins Bismuti subgallici (gelbem Wismut-Streupulver). Pharm. Ztg. S. 134.
118. Zusammensetzung der Rippschen Heilsalbe. Pharm. Ztg. S. 794.
119. Zusammensetzung der Thiopinol-Salbe. Pharm. Ztg. S. 352.

Gerade auf dem Gebiete der Therapie muss für ein Referat vielfach der blosse Hinweis auf Methoden und Heilmittel genügen; denn für die richtige Anwendung bleibt doch bezüglich der Technik das genaueste Studium der Originalarbeiten wünschenswert, der Kreis der Indikationen ist nicht immer genau abzugrenzen und der Beurteilung der therapeutischen Erfolge bleibt stets ein gewisser Spielraum. (B.)

Als neue Methode in der dermatologischen Kleinchirurgie empfiehlt Kromayer (36) die Anwendung von kleinsten rotierenden Zylindermessern und von Kreismessern. Er gibt eine genaue Darstellung des Instrumentariums und der Technik. Speziell kommt die „Stanzmethode", die den Haarschaft mit der Wurzelscheide und Papille aus der Haut herausholen soll, zur Epilation in Frage. (B.)

Paschkis, Nobl und Ehrmann (63) nehmen Stellung zu der Methode, Kühn (38) kritisiert ausführlicher ihre Erfolge, ohne sie selbst angewendet zu haben. (B.)

Die Gefrierbehandlung von Hautkrankheiten ist von Juliusberg (31) ausführlich erprobt worden. Verwendet wird statt des Äthylchlorid die wesentlich billigere Kohlensäure. Ausserhalb des klinischen Betriebes ist die Methode kaum in grösserer Breite verwendbar. Gute Resultate wurden u. a. bei Akne und oberflächlicher Sykosis erzielt, bei Psoriasis und Lupus vulgaris ergaben sich eher Verschlimmerungen; besonders empfehlenswert hält Juliusberg die Gefrierbehandlung für den Lupus erythematodes.

Schöne Erfolge kann die Gefrierbehandlung in Kombination mit der Anwendung von Acidum hydrochloricum crudum erzielen; sie verdient in dieser Form besondere Beachtung bei den tuberkulösen Hautaffektionen. (B.)

Auch Klingmüller (34) geht in seiner Arbeit, die einen vielseitigen Überblick über Fortschritte auf dem Gebiete der Dermatotherapie liefert, auf diese Methoden ein. (B.)

Mit der Heissluftbehandlung, die wir als wertvolle Bereicherung unserer Therapie hetrachten dürfen, beschäftigen sich Boeder (14), Klingmüller (34). (B.)

Die von Arning empfohlene Gefriermethode und die physikalische Behandlung mittelst des von Reich konstruierten Thermoaerophors bedeuten nach Havass (21) allenfalls eine Bereicherung nnserer Heilschätze. Dnrch Gefrierenlassen können Lupns vnlgaris, Ulcus rodens, Lnpus erythematodes, alte infiltrierte Ekzeme, keratotische Lichen-Herde, Pruritns genitalium, Ulcus molle, Ulcus cruris, Lenkoplakia, Condylomata acuminata (von Schein empfohlen) behandelt werden. Havass teilt einige Fälle von gutem Erfolge mit. In manchen Fällen von Lupus und Psoriasis war die Behandlung mit Heissluftstrom erfolgreich. (M. u. K.)

Den Spiritusverbänden kommt eine entzündungsbeschränkende, schmerzstillende und bei aknten Eiterungen die Krankheitsdaner abkürzende Wirknng zu. (Anwendung bei: Phlegmonen, Panaritien, Lymphangitiden, Furunkeln, Lymphdrüsenschwellungen, Mastitis, lokaler Tuherkulose usw.) (B.)

Brugger (16), der die vielseitige Verwendbarkeit im Krankenhaus wie in der amhulanten Praxis betont, gibt anch bezüglich der Technik dieser Verbände wichtige Anweisungen. [S. auch Klingmüller (34)]. (B.)

Audry (1) hatte Gelegenheit, die nach feuchten Überschlägen besonders an Hand- nnd Fussrücken auftretenden kleinen weissen Bläschen (Sudamina) histologisch zu untersnchen und findet, dass es sich keineswegs um Vesikeln, sondern um Porocysten handelt, die in der Hornschicht zur Ausbildung kommen, mit Schweiss und zahlreichen polynukleären Leukozyten erfüllt sind. Diese entstammen den Glomerulis und gelangen auf dem Wege der Schweissdrüsenausführungsgänge in die Porocysten, nicht etwa infolge einer das Epithel durchwandernden Diapedese. Diese Porocysten sind nach Gestalt nnd Lage verschieden, Verf. schildert von ihnen einige Typen. Es scheint, dass auch die übrigen, nach fenchten Überschlägen auftretenden Veränderungen der Hautdecken, wie Rötung und Ödem, der Ansdruck einer gesteigerten Tätigkeit an den Glomerulis sind. Nicht immer treten nach Überschlägen Sudamina auf, ihre Entwickelung ist von gewissen anatomischen Vorbedingungen abhängig (reichliches Vorhandensein von Knäuldrüsen, widerstandsfähige Hornschichte). Die wesentlichen Vorgänge sind wahrscheinlich dieselben; feuchte Üherschläge sind ein Verfahren künstlicher Diaphorese. (R.)

Die Finsentherapie des Lupus vulgaris, die Verwendung der Quecksilherlampen (speziell gegen Alopecia areata) und die Rotlichtbehandlung (Pocken, Erysipel!) finden bei Klingmüller (34) ihre Berücksichtigung. (B.)

Üher die Biersche Stauung urteilt dieser Antor, dass sie in der eigentlichen Dermatotherapie keine nennenswerten Erfolge gezeitigt habe, auch für die Behandlung des Extremitäten-Lupus sei sie nicht zn empfehlen. (B.)

Klingmüllers (34) Arbeit gibt einen guten Überblick über eine grössere Reihe von dermatotherapeutischen Präparaten, die in den letzten Jahren Eingang gefunden haben. So werden besprochen: die Thiosinamin-Anwendung (gegen narbige Veränderungen verschiedener Art), die Holländersche Jod-Chininbehandlung des Lupus erythematodes, die Arsenik-Therapie in Form der Kakodylpräparate und des Atoxyl. Ferner würdigt Klingmüller die Tumenol-Präparate, speziell das Tumenol-Ammonium („unersetzliches Heilmittel für alle juckenden Dermatoren"), das Anthrasol, Thigenol und Lenigallol. Von neuen Salbengrundlagen wird das Dermasan und das Mitin hervorgehoben, als Verbandsalbe 1—10⁰/₀ige Protargol-Vaseline und als lokal schmerzstillendes Mittel das Anästhesin empfohlen.

Aus der Besprechung der Lupus-Therapie, die Klingmüller gibt, sei noch speziell hervorgehoben: die galvanokaustische Behandlung mit ergänzender Bepinselung durch 10prozentige alkoholische Jod-Jodkali-Lösung sowie die Pyrogallus-Ätzung; ferner wird die Bedeutung der Alt-Tuberkulin-Reaktion für die Erkennung der Ausdehnung tuberkulöser Herde in der Haut wie für die Beurteilung der therapeutischen Erfolge besonders betont. (B.)

Von Arbeiten über neue dermatotherapeutische Mittel seien die folgenden besonders genannt:

Max Joseph und Schwarzschild (30) haben das Jothion (Dijodoxypropan) erprobt, einen Jodwasserstoffester, der 80⁰/₀ organisch gebundenes Jod enthält. Da nachgewiesenermassen das Jod aus Jothion-Salben gut zur Resorption gelangt, erscheint die therapeutische Verwertbarkeit des Mittels in dieser Form gesichert. Joseph und Schwarzschild haben speziell einen Einfluss auf lokale syphilitische Manifestationen konstatiert. (B.)

Die Verwendung des Isoforms bespricht Necker (61) ebenfalls auf Grund von Erfahrungen an Max Josephs Poliklinik. Das von Heile eingeführte Präparat (= Parajodoanisol) soll einen angenehmen Ersatz des Jodoforms abgeben. Es wurde von Necker bei einer grossen Anzahl von Patienten mit Ulzerationen verwendet und zeigte eine zufriedenstellende Wirkung speziell bei venerischen Geschwüren. Nicht immer wird aber das Isoform reizlos vertragen. Von Necker wie von anderen (auch vom Referenten) ist gelegentlich eine Isoform-Dermatitis beobachtet worden. (B.)

Leredde (46) beschäftigt sich mit dem Thiol, einem aus Braunkohlenöl-Substanzen gewonnenen Präparate, und schreibt ihm als reduzierendes Mittel eine grosse Verwertbarkeit in der Dermatologie zu. Der Kreis der Hautaffektionen, bei denen es zur Anwendung kommen kann, ergibt sich aus jener kardinalen Eigenschaft ohne weiteres. (B.)

Larin (40) vergleicht den weissen Teer der chemischen Fabrik Köbler & Co. mit dem Anthrasol und kommt zum Schlusse, dass der erste Vorzüge hat, weil er verschiedenartige mehraktive Phenole und Naphthol enthält. (S.)

Das Sapolan erfährt eine erneute Empfehlung durch Zakrzewski (91), der es besonders für die Behandlung des chronischen Ekzems und des Lichen chronicus simplex für geeignet erachtet. (B.)

Als Vasenol werden emulgierbare Vaseline und Vaselinöle bezeichnet, die durch Zusatz von Fettalkoholen zu Vaselinen hergestellt werden. Sie sind frei von Fettsäuren und Alkalien und nicht dem Ranzigwerden unterworfen, können viel Wasser aufnehmen und sind

reizlos. Lengefeld (42), der an Max Josephs Poliklinik Untersuchungen mit Vasenolpräparaten anstellte, findet das Mittel besonders empfehlenswert als Grundlage für Quecksilber-Einverleihung. (B.)

Fetron ist eine Mischung von Stearinsäureanilid mit Vaseline. Becker (7) hat die Fetronpräparate (Seife, Cream, Puder, Salben etc.) im Charlottenburger Krankenhause verwendet und lobt sie sehr. Liebreich verweist auf das Fetrosal als erwärmende Salbe (Fetron mit Zusatz von Salizylsäure und Salol). (B.)

Zinksuperoxyd ist von Merck als Zinkperhydrol in den Handel gebracht worden (Pulver, das Zinkperoxyd und Zinkoxyd zu gleichen Teilen enthält). Es bildet mit Säuren Wasserstoffsuperoxyd, wirkt daher desinfizierend und antibakteriell. Im Gegensatz zu dem stark ätzenden Natriumsuperoxyd reizt es die Haut nicht. Es lässt sich gegen Hautkrankheiten, Geschwüre, Brandwunden usw., sowie zur Scheidentamponade verwerten. Mit tierischen und pflanzlichen Fetten bildet Zinksuperoxyd bei längerem Stehen Fettsäure und ölsaures Zink, das an der Haut Entzündung provozieren kann. Deshalb empfiehlt sich zur event. Beimischung eine Vaseline oder Ungt. paraffini. Auch eine Zinksuperoxydseife ist im Handel. (B.)

Im Benzoylsuperoxyd erblickt der amerikanische Pharmakologe Loevenhart (48) ein Mittel, das vermöge seiner Superoxydstruktur wahrscheinlich die Fähigkeit habe, die Resistenz der Zellen zu erhöhen und deshalb Anwendung in der Dermatologie verdiene. Loevenhart selbst fehlt die Gelegenheit zu eingehender klinischer Prüfung. (B.)

Thiolan (87, 107) = Unguent. sulfurat. mite enthält Schwefel teils gelöst, teils suspendiert. Es wird von Vörner angelegentlich empfohlen. (B.)

Ferrari (19 b) hat das Thigenol in der Klinik des Professor Mazza mit dem günstigsten Erfolge bei subakutem und chronischem Ekzem, bei Krätze, Akne und bei ausgebreitetem Kindererythem verwandt. (V.)

Ruhemann (74) räumt der Anwendung des Mesotans in Form einer Mesotan-Vaseline Vorzüge vor der Applikation des Mesotanöls ein. (B.)

Aus einer unendlichen Fülle von neuen Präparaten zur Behandlung von Hautkrankheiten ist eine Auswahl vermerkt (99 ff.).

Auf unverträgliche Arzneimischungen (110, 111) ist immer wieder zu achten. Einer Zusammenstellung von altem und neuem entnehmen wir folgende Angaben von speziell dermatologischem Interesse.

Ichthyol verträgt sich nicht mit Säuren und Jodsalzen (Abscheidung von harzigen und schmierigen Massen durch Säuren? Bildung von Jodammonium durch Jod und Jodide).

Gummi arabicum verträgt sich nicht mit verschiedenen leicht oxydierbaren Substanzen; Zusatz von Mucilago Gummi arab. zu Plumbum aceticum + Zinc. sulfur. verhindert die Bildung von Bleisulfat.

Mit Paraffinum liquidum vertragen sich nicht: Perubalsam, Ol. cadini, Styrax liquid. Salol verträgt sich nicht mit Thymol.

Stovain wird durch alle Alkaloidreagenzien aus seiner Lösung ausgefällt, darf also nicht mit Sublimat, Quecksilber usw. zusammengebracht werden. Geringste Spuren von Alkali bewirken Veränderung. Bei In-

jektionen sind deshalh Spritzen, die in Sodawasser sterilisiert wurden, mehrfach mit Aqua destill. oder physiologischer Kochsalzlösung auszuspülen. (B.)

Die Verordnung Mihellis (55) hesteht aus einer Emulsion nach folgender Formel: Oleum cadini 67 g, Kolofoninm 11,1 g, 20% Jodlösung 21,9 g. Man erhält dadurch eine zähe homogene Flüssigkeit, die sich in jedem Verhältnis mit Wasser mischt, ohne die geringsten Veränderungen einzugehen und sich sehr gut für Waschungen, mehr oder minder ausgedehnte örtliche Bäder und für fenchte Einpackungen von konstanter Zusammensetzung eignet und sich je nach Bedürfnis erneuern lässt. Bei Affektionen an behaarten Körperteilen oder an den Extremitäten, um so mehr wenn sie anf die Hände heschränkt sind, hat die Emnlsion eine Jnckreiz mindernde Wirkung und entfaltet hier auch die reduzierenden und theratoplastischen Fähigkeiten des Oleum cadini. Auch das Anthrasol lässt sich unter den gleichen Verhältnissen anwenden. (V.)

Gelatinierter Liquor alumin. acet. lässt sich durch Borsänre-Zusatz wieder verflüssigen; derselhe Zusatz macht das Präparat anch haltharer (17). Lndwig (51) räumt dieser Lösung auch grössere therapeutische Wirksamkeit ein als der gewöhnlichen essigsauren Tonerde. (B.)

Die Bleisalben sind in Aussehen, Haltharkeit und Wirksamkeit sehr wesentlich von der Art der Herstellung abhängig. Wird zur Hehrasalhe statt Ol. Paraffin. liqnid. genommen, so wird die Salbe zu weich, ein Nachteil, der durch Zusatz von Paraffin solid. wieder auszugleichen ist. Aber diese Salhen sind minder wirksam. Eine Diachylonsalbe, die nach der Originalvorschrift Hehras mit Ol. lini (oder Ol. olivar.) hergestellt wurde, leidet unter dem Nachteil der begrenzten Haltbarkeit. Wo es sich nm Zubereitung kleiner Qnantitäten handelt, empfiehlt sich ein Zusatz von 5 —6% Wasser znr Vorschrift des Deutschen Arznei-Buches. (35, 39.) (B.)

Mehrere Arbeiten heschäftigen sich mit nenen Verbandmitteln, Pflastergrundlagen und anderen technischen Hilfsmitteln der Dermatotherapie.

Eine gründliche Arbeit von Baum (6) behandelt die Wirkung der Nehennierenpräparate an der gesunden und kranken Haut und ihre Verwendung hei der Behandlung von Dermatosen. Die anämisierende Wirknng der Nehennierensubstanz heruht anf direkter Erregung der glatten Mnskulatur der Arterien und Venen; die Kapillaren kollabieren passiv. Durch die intakte Epidermis dringt die Snhstanz weder ans Lösungen, noch ans Salhen oder Seifen. Einführung durch Kataphorese ist möglich. Kommt ein Nebennierenpräparat, das nur auf die Haut gebracht wurde, zur Wirkung, so liegt darin ein Beweis, dass eine Verletzung der Epidermis vorliegen muss. Schlechte Ernährung eines Gewehes ist Kontraindikation gegen die Anwendung des Adrenalin: Es hat an seniler Haut verschiedentlich Nekrosen hervorgerufen. Baum studierte in eigenen Untersuchungen die Einwirkung des Adrenalins auf die gesunde und die kranke Haut. Bei gewissen Gefässschädigungen scheint die anämisierende Wirkung der Nehennierenpräparate auszubleiben und es kommt nachträglich zu starker Gefässerweiterung. Aktiv und passiv hyperämische Hant ohne Entzündung reagiert auf Nebennierensnbstanz wie gesunde Haut. Bei Patienten mit Urticaria factitia unterdrückt das Adrenalin das vasomotorische Reizphänomen. Bei intensiver Stauungshyperämie vermag das Adrenalin keine vollkommene Anämie

herbeiznführen. Chronisch erweiterte grössere Hautgefässe werden nicht anämisiert. Experimentell erzengte Entzündungsvorgänge an der Haut wurden nicht wesentlich beeinflusst. Klinisch-therapeutisch ergah sich, dass dnrch Adrenalin eine im Entstehen begriffene Exsudation herabgesetzt oder verhindert werden kann. Bei akuten Entzündungen lässt sich Anämie hervorrufen, die aher hinterher einer Cyanose Platz macht; bei chronischen nnd destruktiven Prozessen kommt die Anämie viel schwerer zustande nnd wird schnell dnrch die cyanotische Verfärbnng ersetzt.

Die Nebennierensuhstanz ist in diagnostischer Beziehnng in der Dermatologie nicht ernstlich zu verwerten. Als therapeutischer Faktor kommt sie höchstens in Kombination mit anderen Behandlungsmitteln in Frage. Was Banm praktisch von der Wirkung gesehen hat, ist so wenig ermntigend, dass er die Anwendnng nicht empfehlen kann. (B).

Stadelmann (82, 83) herichtet üher eine Vergiftnng, die dnrch irrtümliche innerliche Einnahme eines Kosmetiknms „Haarfeind" entstand. Das Mittel hesteht ans Schwefelkalzium mit einer Beimengung von freiem Ätzkalk. (B.)

Leredde (45) verwirft die Verwendung der sog. fetten Salben (Borsalhen) bei aknten Entzündungen der Haut im besonderen, sowie heim Zustandekommen derselben Mikroorganismen eine Rolle spielen. So hei akuten Ekzemen, artefiziellen Dermatitiden, Impetigo, Furunkulose, Follikulitis, Lupus, Ekthyma etc.

Besonders ungünstig wird hei derartigen Prozessen der Znsatz reizender Suhstanzen zu den fetten Salhen, wie Jodoform, Salol, Orthoform. Besonders jene Körper, die als antipruriginöse verwendet werden: Menthol, Thymol.

Er bevorzngt in diesen Fällen hanptsächlich Pnder-Pastenbehandlung. (Vö.)

Der Hygiene der Barbierstnben (12, 24, 113) sind mehrere Veröffentlichungen gewidmet. Hilgermann (24) heschreiht den Wert des Wasserstoffsuperoxyds als Reinigungsmittel im Friseurbetriebe. (B.)

VI.

Normales Pigment.

Von **Meirowsky**-Graudenz, mit Beiträgen von **Felix Pinkus**-Berlin und **C. J. White**-Boston.

Literatur:

1. Ashmead, The mulberry-colored spots on the skin of the lower spine of Japanese and other dark races; a sign of negro dissent. Jonrn. of cutan. dis. Mai.
2. Grund, G., Experimentelle Beiträge zur Genese des Epidermispigmentes. Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie, Supplement. (Referat siehe im Abschnitte „Experimentelle Dermatologie".)
3. Solger, F. B., Die Bedeutung des Pigments für die hellfarbigen Menschenrassen. Dermatol. Zeitschr. p. 516. (S. auch allgem. Pathologie der Haut.)

4. Staffel, Die Genese des melanotischen Pigments. Medizin. Ges. zu Chemnitz, 15. XI.
5. Vörner, Hans, Beitrag zur Kenntnis des Pigmentes. Dermatol. Zeitschr. p. 379, 499.
6. La tache congénitale de la région sacrée soidisant propre aux Mongols, chez des enfants européens. Sem. méd. p. 456.

Der sogenannte Mongolenfleck (6) wurde zuerst bei Japanern nnd später bei den Angebörigen aller mongoliscben Rassen aufgefunden. Nach Adachi liegen in dem Corinm des Menschen und des Affen zwei Arten von Pigmentzellen; die einen sind klein und liegen oberflächlich, wäbrend die anderen grösser sind und mebr in den tieferen Teilen gefunden werden. Beim Affen erhalten die letzteren sich wäbrend des ganzen Lebens, beim Menschen dagegen nur während einer bestimmten Entwickelnngsperiode. Bei den dunklen Rassen geben sie Veranlassung zur Entstehung der blauen Flecke. Sie sind also nicht, wie Bälz meint, ein Charakteristiknm der mongolischen Rasse, sondern stellen ein normales Entwickelungsstadium aller Rassen dar.

Dr. Kocko Fujisawa untersnchte in der unter Leitung von Professor Seitz stehenden Kinderklinik in München die Kinder der Poliklinik auf das Vorkommen dieser Flecke und fand sie bei zwei Scbwestern, von denen die eine sieben Wochen, dio andere ein und ein halbes Jabr alt war. Die Kinder stammten aus einer europäiscben Familie, bei der angeblich niemals eine Verschmelzung mit der mongolischen Rasse vorgekommen war.

Eine operative Behandlung ist mit Rücksicbt auf die Narbenbildung um so weniger notwendig, als die Flecken von selbst verscbwinden. (M.)

(1) Eine antbropologische Auseinandersetznng und Mitteilnng früherer Beobacbtnngen, die sich nicht zu kurzer Besprechnng eignet. (W.)

Bei den hellfarbigen Menschenrassen sind nach Solger (3) nur diejenigen Körperteile nennenswert pigmentiert, die des Pigments als Schntzmittel bedürfen. Dieses sind vor allem Brustwarzen, Nabel, Geschlechtsteile, After. An allen diesen Stellen wird aber auch, abgesehen vom Nabel, Sekret abgesondert nnd alle diese Stellen werden mit Vorliebe von Entzündungen und Ekzemen betroffen. Dass dieser Zusammenhang kein zufälliger ist, geht daraus hervor, dass die Brustdrüsen zu der Zeit der Laktationsperiode, in der sie besonders zu Entzündnngen und Ekzembildung neigen, sich dunkel verfärbon und erst nach derselben wieder abblassen. Das Pigment ist also nicht nur gegen Licbtwirkung, sondern aucb gegen andere Scbädignngen, besonders Durcbfeuchtung und Verdunstung nnd die darans resnltierende Epithelzersetzung, ein wirksames Schntzmittel und verhindert vielleicht auch rein mechanisch das Eindringen von Bakterien in die ihrer oberen Schichten beraubte Epidermis.

Ein Analogon in der Tierwelt bietet sich uns in der Nase der bundeartigen Raubtiere, überhaupt in der Nase sebr vieler Säugetiere, die zur Verstärknng des Geruchssinns Sekret absondert und infolgedessen fencbt ist. Zahlreiche Polartiere haben sich ihrer Umgehung, bis auf die Nase, in der Farbe angepasst; diese aber ist dnnkel geblieben (Eisbär). Dasselbe Verhältnis weisen Schimmel nnd andere weiss gezüchtete Tiere auf.

Bei der Frage nach der Entstehnng des Hautpigments lassen Erklärungen lamarckistischer Art im Stich; man ist hier lediglich auf das Prinzip der Selektion angewiesen. (M.)

Eine Schntzvorrichtnng nnseres Körpers ist der Pigmentgehalt der Haut anch nach Grnnd (2). Die Entstehung dieses schützenden Stoffs verlegt er nach seinen Bestrahlungen enthaarter Kaninchen mit Licht nnd Röntgenstrahlen in die Epidermis selbst. (P.)

Vörner (5) gelangte znr Darstellung eines flüssigen Pigments in der Haut durch ein Verfahren, bei welchem die Fixierung mit Alkohol nnd die Einbettung in Celloidin dadurch umgangen wurde, dass die Objekte nach der Gefriermethode behandelt oder in Glyzerin eingelegt nnd nach der Einklemmung zwischen zwei Holundermarkstücke geschnitten wurden. Dieses flüssige Pigment ist goldgelb, strukturlos nnd füllt die Zelle ganz ans. Es ist gleichmässig in der Cutis und in der Epidermis vorhanden und wird dnrch Alkohol, Chloroformäther nnd durch Aqua destillata mit nnd ohne Zusatz von Chemikalien znr Auflösung gebracht. Schwache Osmiumlösnng bewirkt eine Graufärbnng des flüssigen Pigments, zerstört es aber bald. Auch in Glyzerin ist es nicht danernd in seinem nrsprünglichen Znstande zu erhalten.

Die verzweigten Zellen entstehen bei Epheliden nach den Angaben Vörners in der Nähe der Gefässe der Cntis aus kleinen und kleinsten Herden von Zellen. (M.)

Eine zweite Arbeit Vörners (5) ist eine Ergänznng zn obigem Artikel und erläutert an der Hand zweier Abbildungen das Aussehen nnd die Eigenschaften des gelb-flüssigen Pigments. (M.)

Staffel (4) untersuchte den Pigmentierungsvorgang bei eben aus dem Ei geschlüpften Chanchitos, bei jungen Tritonen, im Schwanz der Froschlarve, dann in Nävis, bei Acanthosis nigricans, Xeroderma pigment., bei Karzinom, in der senilen Haut und die Umgebung eines mehrere Wochen alten Blutergusses.

Er fand bei der Bildnng des Pigments eine Anreicherung des Kerns mit nnkleolärer Substanz, den Austritt dieser in das Plasma und ihre Umwandlung in Pigment.

Überall, wo es in der menschlichen Hant zu einer halbwegs intensiven Pigmentbildung kommt, lässt sich eine Neubildung von Kapillaren nachweisen, die oft eine intravaskuläre Endothelproliferation und eine perivasknläre Infiltration zeigen.

Die in die Pigmentbildung eintretenden perivasknlär gelagerten Endothelien durchlaufen die verschiedenen Stufen von der einfachen Zelle bis zur ausgebildeten Chromatophore. Anch Plasmazellen und Mastzellen gehören zu denjenigen Zellen, welche Pigment bilden können. (M.)

VII.

Experimentelle Dermatologie.

Von **K. Kreibich**-Prag, mit Beiträgen von **Bayet**-Brüssel, **Pinkus**-Berlin, **Schiele**-St. Petersburg und **Vörner**-Leipzig.

Literatur:

1. Baum, J., Beitrag zur Lehre von der Urticaria. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 1, S. 9.
2. Derselbe, Die örtliche Einwirkung von Nebennierensubstanz, Brenzkatechin und Spermin auf die Haut. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 4, S. 86.
3. Derselbe, Zur Wirkung und Verwendung der Nebennierenpräparate, insbesondere in der Dermatologie. Archiv für Dermatologie und Syphilis. Bd. 74, S. 59, 231.
4. v. Baumgarten, P., Über das Verhalten der Tuberkelbazillen an der Eingangspforte der Infektion. Berl. klin. Wochenschr. S. 1329.
5. Blumenthal, Alfred, Note sur l'éosinophilie hématique et locale. Recherches cliniques et expérimentales. Journal médical de Bruxelles 1906 Nr. 46 et 47.
6. Ehrmann, Rud., Über die Wirkung des Adrenalins auf die Hautdrüsensekretion des Frosches. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 53 S. 137.
7. Ehrmann, S., Versuche über die Lichtwirkung bei Hydroa aestivalis (Bazin). Sommereruption (Hutchinson). Archiv für Dermatologie und Syphilis, Bd. 77. S. 163.
8. Fanconnet, Zur Kenntnis des Resorptionsvermögens der normalen und kranken Haut und der Vaginalschleimhaut für verschiedene Salbengrundlagen und für wässerige Lösungen mit spezieller Berücksichtigung der Jodkaliumsalben. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 86. S. 317.
9. Gorescn, Wirkung des Jodkaliums auf die Histogenese des experimentellen durch Inokulation schwachen Bazillenpulvers erzeugten Tuberkels. Internat. Tuberkulosekongress.
10. Grund, G., Experimentelle Beiträge zur Genese des Epidermispigmentes. Beitr. z. Patholog. und zur allgem. Pathol. S. Supplement.
11. Gussmann, Joseph, Experimentelle Untersuchungen mit implantierten Hautstücken. Virchows Archiv Bd. 181.
12. Hammer, Die Glasfeder, ein praktisches Instrument zur Applikation flüssiger Atzmittel. Monatshefte f. prakt. Derm. Bd. 40. S. 444.
13. Helber, E., und Linser, P., Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf das Blut. München. med. Wochenschr. Nr. 15. S. 689.
14. Juliusberg, M., Zur Kenntnis des Virus des Molluscum contagiosum des Menschen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 40, S. 1598.
15. Kraus, R., Einige Affen mit experimentell erzeugter Hauttuberkulose. Ges. der Ärzte in Wien, 19. X. (Disk.: Riehl, Ehrmann).
16. Derselbe, Experimentelle Tuberkulose der Haut bei Affen. Ges. der Ärzte in Wien. 15. XII. (Disk.: Paltauf.)
17. Kreibich und Polland, Untersuchungen exsudativer Dermatosen. Archiv f. Dermatologie und Syphilis. Bd. 75. S. 3.
18. Kuhls, H., Quantitative Versuche über Giftaufnahme durch die Haut. (Paranitrochlorbenzol), Tropföl, Dinitrotoluol.) Diss. Würzburg.
19. Meirowsky, Über die Wirkungen des Finsenlichtes auf Tätowierungen. Vorläufige Mitteilung. Monatshefte f. prakt. Derm. Bd. 40. S. 599.

19a. Nicolle, Reproduction expérimentale de la lèpre chez le singe. Rev. prat. des malad. cut., syphil. et vén. S. 83.

20. Nouri, Osman, Absorption du bacille tuberculeux par la peau fraichement rasée. Sem. méd. S. 513.
21. Pasini, A., Die kaustische Wirkung des Arsenigsäureanhydrids auf die epithelialen Gewebe. Monatshefte f. prakt. Dermat., Bd. 40, S. 299 und Italien. Zeitschr. f. Haut- und Geschlechtskrankheiten. II. 6. S. 726.

22. Pfeiffer, Hermann, Experimentelle Beiträge zur Ätiologie des primären Verbrennungstodes. Virchows Archiv Bd. 179. S. 367.
22a. Derselbe, Über die nekrotisierende Wirkung normaler Sera. Zeitschrift f. Hygiene und Infektionskrankheiten. Bd. 51. S. 183.
23. Rosenberg, N., „O wlijanij lakirowanija koshi na setschatnjn obolotschnn glasa". (Über den Einfluss des Lackierens auf die Netzhaut des Auges.) Russkij Wratsch (Der russ. Arzt) Nr. 30.
24. Spiral, H., Étude sur les essais expérimentaux dinoculation peladique à l'homme. Thèse de Paris.
25. Thies, Anton, Wirkung der Radiumstrahlen auf verschiedene Gewebe und Organe. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. Bd. 14.
26. Veress, Franz v., Über die Wirkung des Finsenlichtes auf normale Haut. Monatshefte für praktische Dermatologie. Bd. 40. S. 429.
27. Vignole, C., Sulle alopecie esperimentali da acetato di tallio. Giorn. ital. mal. ven. et della pelle. Fasc. 1.
28. De Waele, H., u. Sugg, E., Experimentelle Untersuchungen über die Kuhpockenlymphe. Zentralblatt f. Bakteriologie u. Parasitenkunde. Bd. 39. S. 46, 142.
29. Werner, R., Über Radiumwirkung auf Infektionserreger und Gewebsinfektion. München. med. Wochenschr. Nr. 34. S. 1625.
30. Western, G. T., The influence of potassium iodide on the resistance of the blood fluids to staphylococcus albus. Brit. Journ. of Dermatol. August.
31. Ziveri, A., Beitrag zum Studium der Resorption durch die Haut. Il Morgagni 1904. 11.

Das Lackieren von grösseren Partien oder des ganzen Körpers von Fröschen, Meerschweinchen, Kaninchen, Katzen rief nach Rosenberg (23) bald Albuminurie und degenerative Prozesse in allen Organen hervor. Katzen und Kaninchen fieberten vom ersten Tage an. An der Netzhaut der Frösche fanden sich die geringsten, an der der Katzen die schwersten Veränderungen. Die Frösche gingen aber bald zu Grunde, da die Hautatmung bei ihnen eine sehr grosse Rolle spielt (Ref. nach d. St. Petersbg. med. Woch.) (Sch.)

Die oft angestellten Untersuchungen über den Schutz, welchen unsere Haut gegenüber dem Eindringen von aussen umgebender gelöster Mittel darstellt, hat Ziveri (31) wiederholt und hat die völlige Undurchlässigkeit für Salzlösungen (Jodnatrium, Kochsalz, doppeltkohlensaures Natron, salizylsaures Natron, Methylenblau) in Zeiten, wie sie praktisch zur Verwendung kommen können (½—1¼ Stunde), festgestellt. Den Schutz stellt zunächst der Talgüberzug der Haut dar, und weiterhin die obersten Zellschichten selbst, die einen wasserundurchlässigen, cholesterinhaltigen Stoff in sich haben. (P.)

Andere Stoffe aber dringen bis zu tödlicher Dosis durch die normale Haut hindurch, wie Kuhls (18) im Tierexperiment mit Paranitrochlorbenzol, Tropföl, Dinitrotoluol nachgewiesen hat (0,9 g auf 2½ kg Katze). (P.)

Entzündete Haut aber lässt auch beim Menschen gewisse, sonst nicht hindurchpassierende Stoffe durchtreten, wie z. B. Jodkali-Lanolin und Jodkalilösung (Dunstverband), Natrium salicylicum in Lanolin und in wässeriger Lösung (Fauconnet (8). Jodkali vermag durch gesunde Haut in Lanolin, Adeps lanae, Resorbin, Fetron kein Jod durch die Haut hindurchzuschicken, während dies aus Salben mit Vaselin, Vasogen, Adeps suillus, Naftalan, Nuguart. refrigerans, Glycerini cerenm, Cerat ganz wohl geschieht (P.)

Für den Untersuchungsgang Pfeiffers (22) war folgende Fragestellung massgebend: 1. Sind die von den Autoren nachgewiesenen Giftstoffe tatsächlich imstande, die klinischen und pathologisch-anatomischen Erscheinungen Verbrannter herbeizuführen? 2. Wie charakteri-

siert sich chemisch und biologisch das Gift? 3. Welche Stellung muss in genetischer und ätiologischer Hinsicht den Organveränderungen gegenüber den Giftbefunden eingeräumt werden, und inwieweit sind diese an und für sich geeignet den Tod herbeizuführen? 4. Die Erledigung von Punkt 1 in bejahendem Sinne vorausgesetzt! Sind diese Gifte Haptine im Sinne Ehrlichs und ist es auf Grund dieser Haptinnatur möglich ein antitoxisches Serum darzustellen und mit demselben eine ätiologische Therapie anzubahnen? Über den letzten Punkt hat Verf. noch keine einwandfreien Resultate erzielt.

Nach einem Überblick über die einschlägige Literatur schildert Pfeiffer die geübte Versuchsanordnung und berichtet sodann über die Resultate der Untersuchungen und zwar in folgender Anordnung: Krankheitsverlauf, Allgemeinsymptome und Obduktionsergebnisse ohne Rücksicht auf Giftbefunde; Giftbefunde in Harn und Serum Verbrannter und Wechselbeziehungen zwischen denselben, Untersuchungen mit dem in Harn und Serum beobachteten Gifte; Versuche, das wirksame Prinzip aus den Organen zu gewinnen; Untersuchungen über den Entstehungsort des Giftes; zur Entstehung der Magendarmveränderungen.

Verf. zieht folgende ganz allgemeine Schlussfolgerungen: Der Eintritt des Todes nach ausgedehnten Hautverbrennungen hat eine verschiedene Ätiologie. Vom primären Verbrennungstode als der Folge einer Vergiftung ganz abzutrennen sind jene Fälle, die innerhalb der ersten 2—6 Stunden nach der Hitzeeinwirkung zugrunde gehen. Sie sind in die Kategorie des Shocktodes zu rechnen. Für den letalen Verlauf aller anderen innerhalb der ersten Tage der Verletzung erliegenden Fälle ist wohl in erster Linie eine Intoxikation verantwortlich zu machen. Dieser Körper dürfte aller Wahrscheinlichkeit nach ein Abbauprodukt des durch die Hitze veränderten Eiweissmoleküls sein. Der nach Verbrennungen beobachtete Spättod (nach 14 Tagen bis 3 Wochen) scheint zwar nicht durch das Gift als solches direkt veranlasst zu sein. Immerhin aber dürfte hier die primäre Gefässschädigung und die Schwächung des Gesamtorganismus durch das Gift eine Rolle spielen. Dies insofern, als dadurch für zufällig hinzukommende Zwischenursachen (Infektion und dergl.) der Boden vorbereitet wird. Weiteren Untersuchungen am Menschen bleibt es vorbehalten klarzustellen, ob und inwieweit die hier im Tierexperiment erhobenen Befunde auf den Menschen zu übertragen sind. Auch bezüglich einer ganzen Anzahl anderer Punkte werden weitere Untersuchungen notwendig sein. (K).

Auf Grund anatomischer Untersuchungen kamen Kreibich und Polland (17) zu dem Schlusse, „dass sich kolliquative Blasen bei Prozessen finden, welche der Urticaria verwandt sind, sich aber von dieser durch andauernde Gefässläsion und durch ihren Sitz im Papillarkörper unterscheiden. Die Kolliquation der Epithelien entsteht durch Einwirkung eines fibrinogenreichen Exsudates auf Epithelzellen, die in ihrer Ernährung gelitten haben, aber längere Zeit mit der Kutis in Verbindung bleiben. Die Ernährungsstörung ist eine kombinierte Folge der Gefässläsion, des Exsudatdruckes und der daraus folgenden Anämie". Die Autoren kamen zu diesem Schlusse, weil sie auch bei Brennesselquaddeln kolliquative Blasen nach Art der Blasen von Herpes zoster, Herpes febrilis, Hydroa vacciniforme, Vaccine und Variola beobachteten, und weil ihnen der vollkommen gleiche, dickflüssige, fadenziehende, leicht gerinnbare Inhalt dieser Blasen einerseits und der aus Urticariaquaddeln exprimierten Flüssigkeit andererseits auffiel. Sie bezogen diese Beschaf-

fenheit auf den hohen Eiweissgehalt und auf den Reichtum an Fibringeneratoren, welch letzteren sie auch aus dem ausgeschiedenen Fibrin im Gewebe dieser Prozesse erschlossen. Diese Vermutung glauben die Untersucher nun durch Benutzung des Zeissschen Refraktometers gestützt zu haben. — Die Untersuchungen erstrecken sich auf eine grosse Reihe exsudativer Prozesse. Es zeigte sich, dass die Zahlen bei Urticaria fast durchwegs höher waren als die des Blutserums und an die der Vaccine heranreichen, woraus hervorgehe, dass in der Quaddel ein hoch eiweisswertiges und besonders an gerinnungsfähigen Substanzen reiches Exsudat vorhanden ist. Da die Zahlen der exsudativen Entzündungen niedriger seien als die des Quaddelexsudates, so könne die Quaddel nicht als echte Hautentzündung aufgefasst werden, sie sei vielmehr als ein durch nervöse Beeinflussung der Gefässwand bedingtes angioneurotisches Ödem anzusehen. Auch die Vermutung, dass kolliquative Blasen bei Prozessen entstehen, welche der Urticaria verwandt sind, findet ihre Bestätigung in der refraktometrischen Untersuchung des Blaseninhaltes, z. B. bei Herpes zoster und neurotischer Hautgangrän. (K.)

Gussmann (11) stellte sich die Aufgabe zu erforschen, welche Veränderungen eintreten, wenn z. B. die Wachstumsrichtung der Haut auf dem Wege des Experimentes derart vom normalen Wege abgelenkt wird, dass die epitheltragende Oberfläche nicht mehr der Aussenwelt zugewandt bleibt, sondern der normalen Lage entgegengesetzt, dem subkutanen Bindegewebe zugekehrt ist. Der Arbeit liegen im ganzen 15 tadellos durchgeführte und verheilte Implantationen zugrunde. Die Methodik derselben verfolgte die Absicht, den erwähnten Richtungswechsel der Haut mit der Aufrechterhaltung einer möglichst den natürlichen Verhältnissen entsprechenden Ernährung zu verbinden. Die Resultate seiner Untersuchungen fasst Gussmann wie folgt zusammen:

1. Mit Hilfe der nach der angegebenen Versuchsanordnung ausgeführten Implantation von Hautläppchen gelingt es fast ohne Ausnahme die Entstehung von Cysten anzuregen.
2. Der eine Teil der Cystenwand besteht aus dem implantierten Läppchen, der übrige Teil hat sich neu entwickelt. Der bindegewebige Anteil der neugebildeten Cystenwand entwickelte sich auf dem Grunde des ursprünglich subkutanen Bindegewebes, seine Epitheldecke stammt aus dem fortgewucherten Epithel des implantierten Läppchens.
3. Das Epithelwachstum, welches die Grundlage der Cystenentwickelung abgab, liess zwei Formen unterscheiden. Die eine Form gehörte dem Typus an, welchen wir aus den Versuchen Kaufmanns u. a. kennen, und in dem unmittelbaren Übergang des Epithels vom Rande des implantierten Läppchens auf das umliegende Bindegewebe besteht; auf diese Weise erfolgt dann durch langsames Fortwuchern die Überhäutung der Cyste bis zu einem gewissen Grade. Demgegenüber geht bei dem zweiten Typus der Epithelisation das wuchernde Epithel von der Oberfläche des Läppchens auf das gegenüberliegende Bindegewebe über und kriecht dann auf dessen Oberfläche weiter. Den Übergang des Epithels vom Läppchen auf das Bindegewebe vermitteln die infolge der Abschürfung zustande gekommenen organischen intracystischen Synechien.

4. In dem neugebildeten Anteil der Cystenwand fällt neben der hochgradigen Differenzierung des mehrschichtigen Epithelüberzuges besonders die häufige Anwesenheit von Gebilden auf, welche normalen Haarbälgen sehr ähnlich scheinen, die als Resultate einer sekundären Haarimplantation aufzufassen sind.
5. Die unter Punkt 4 angeführten Eigenschaften führen zu dem wichtigen Ergebnis, dass mehrere der experimentell erzeugten Cysten in ihrer gesamten Wandung — also nicht nur in ihrem dem implantierten Hautläppchen zugehörigen Abschnitte — der Struktur nach den einfachen Dermoidcysten sehr nahe stehen. (K.)

Ist Eosinophilie von irgendwelcher klinischen Bedeutung? Die Aufgabe Blumenthals (5) war die Lösung dieser Frage.

Zu diesem Zwecke war es notwendig:

a) das Wesen des Phänomens zu erläutern,

b) die entgegengesetzten Ansichten der Autoren zu erklären.

Zwei Methoden, die eine experimentell, die andere klinisch, welche sich gegenseitig ergänzen, wurden angewandt.

Intravenöse Injektionen eiweissartiger Körper rufen die Leukozytose hervor; bedient man sich jedoch phosphorhaltiger quaternärer Körper, so erzielt man eine Verstärkung des Stadiums der Eosinophilie.

Die ins Blut eingedrungenen eosinophilen Zellen überschreiten in gewissen Fällen 50% der Gesamtzahl der weissen Blutkörperchen.

Einspritzungen unter die Haut von denselben Substanzen haben identische, aber schwächere Wirkungen herbeigeführt.

Aus diesen Experimenten geht hervor, dass Eosinophilie ein Stadium jeder leukozytären Reaktion ist, wenn man dieselben im ganzen betrachtet.

Sie ist also nichts anderes, als ein Phänomen, welches auf chemotaktischen Reizen einer lymphogenen Substanz beruht. Von der Art, Beständigkeit und Konzentration dieses Körpers hängt Dauer und Intensität der Eosinophilie ab.

Diese Annahme wird bestätigt durch den Verlauf der Leukozytose bei allgemeinen infektiösen Krankheiten.

Auf Grund dieser Erwägungen hat Autor die klinischen Untersuchungen der wichtigsten Hautkrankheiten unternommen.

Durch Anwendung einer ätzenden Flüssigkeit wurden Blasen der Haut erzielt, und es war dadurch möglich das gleichzeitige Bestehen einer lokalen und allgemeinen Eosinophilie zu beweisen.

Da diese Reaktion nicht von Dauer war, ergaben die zu verschiedenen Zeitpunkten angestellten Untersuchungen entgegengesetzte Resultate, sogar bei denselben Krankheitsfällen.

Dies erklärt auch den Mangel an Übereinstimmung über diesen Gegenstand bei Dermatologen.

Die parasitären, durch äussere Wirkungen bedingten Krankheitsfälle weisen keine Eosinophilie auf, wohl aber Dermatosen, welche durch Autointoxikation hervorgerufen werden.

Als Regulator des Stoffwechsels ist der Einfluss des Nervensystems auf dieses Phänomen sehr bemerkbar.

Das Vorkommen von α-Zellen in den Blasen lässt sich nicht durch Lokalbildung erklären. Durch chemotaktische Reize, welche von schädlichen, in der Haut angehäuften Körpern ausgehen, werden die oxyphilen

Zellen angezogen, die im Blute während des Krankheitsanfalls in grosser Zahl kreisen. In welcher Weise dieses geschieht, haben die erwähnten Experimente bewiesen.

Allgemeine, sowie lokale Eosinophilie sind vorübergehende Erscheinungen, die nur im geeigneten Augenblicke festgestellt werden können.

Störungen des Nervensystems während einer Hautkrankheit können diesen Blutbefund vermuten lassen.

Die klinische Bedeutung der Eosinophilie ist folglich sehr beschränkt. (B.)

Die Arbeit Baums (3) berücksichtigt ausschliesslich die lokale Wirkung und Verwendung der Nebennierenpräparate und kommt nur am Schlusse auf die Allgemeinwirkung zu sprechen, insoweit sie mit Hautaffektionen in Zusammenhang steht.

Was den Angriffspunkt der wirksamen Substanz anlangt, ob die Gefässwand selbst oder die Gefässwandnerven es sind, durch deren Beeinflussung eine Gefässverengerung bewirkt wird, so scheint es erwiesen, dass die Substanz direkt auf die Gefässwand bezw. auf die glatten Muskeln der Arterien und Venen wirkt. Die Frage, ob auch die Kapillaren sich aktiv kontrahieren, beantwortet Baum dahin, dass die Anschauung von einer Wirkung des Nebennierenextraktes auf die Kapillaren nicht erwiesen ist. Betreffs der Wirkung der Nebennierensubstanz auf die Haut des Menschen besteht zunächst die Tatsache, dass durch intakte Epidermis Nebennierensubstanz nicht wirkt, dass dies vielmehr erst dann der Fall ist, wenn eine Epithelläsion vorhanden ist. Die Nebennierensubstanz ist direkt ein diagnostisches Mittel dafür, ob die Haut an irgend einer Stelle vom Epithel entblösst ist oder nicht. Die Nebennierensubstanz sicher auf die Haut einwirken zu lassen, ohne einen Epitheldefekt zu schaffen, gelingt nur auf dem Wege des konstanten Stromes durch Kataphorese. Die Wirkung auf die Haut besteht in einer leichenartigen, alabasterfarbenen Blässe, neben der Anämie kommt es zu einer Kontraktion der Arrectores pilorum, zu einer richtigen Gänsehaut, dies erfolgt auch bei subkutaner Injektion an der Injektionsstelle. Schnelligkeit und Dauer der Wirkung sind sehr verschieden, sie hängen von der Konzentration der Lösung, von der Grösse des Substanzdefektes ab; im allgemeinen tritt die Wirkung nach 1 bis 2 Minuten ein und dauert 1—2 Stunden. Der Anämie folgt keine Hyperämie, sondern wieder das normale Verhalten. Während der Wirkung der Nebennierensubstanz ist die Zirkulation in dem Gewebe stark herabgesetzt, weshalb schlechte Ernährung eines Gewebes eine Kontraindikation gegen die Anwendung des Adrenalins ist. In der Tat sind Nekrosen an der Haut seniler Menschen beobachtet. Lösungen in Salbenform erwiesen sich als wirkungslos, ebenso Zusammensetzung einer überfetteten Seife mit Adrenalin.

Die therapeutische Verwendung müsste versuchen, entweder eine Dauerwirkung zu erreichen, durch länger dauernde Applikation des Mittels oder nach Ablauf der einmaligen Wirkung dieselbe durch erneute Applikation wieder hervorzurufen.

Bei einmaliger Applikation von Nebennierensubstanz folgt der Anämie annähernd ein normaler Zustand, bei wiederholter Applikation auf normale Haut kehrt diese nach der Anämie nicht mehr in gleicher Weise zum normalen Zustand zurück, sondern bleibt eine Zeitlang in einem Zustande von Gefässerschlaffung. Bei nicht nur kurzen Pausen

in der Anwendnng tritt dieser Unterscbied nicbt auf. Von Scbleimhäuten sind es besonders Nase und Konjunktiva, auf welche Adrenalin stark wirkt. Die Einwirkung der Nebennierensubstanz anf krankes Gewebe betreffend, ist es zunächst sicber, dass dieselbe bei akuten Entzündungen mit Schwellnngen gut wirkt. Aus vom Verf. angestellten Versucben scbeint bervorzugehen, dass die gefässerregende Wirkung eine gewisse Intaktheit der Gefässe znr Voraussetzung hat. Aktiv nnd passiv hyperämische Haut ohne Entzündung reagiert wie normale Haut. Bei Urticaria factitia gelingt die Auslösnng des „vasomotorischen Reizphänomens" nicbt, wenn man die betreffende Stelle vorber bepinselt hat; dagegen tritt Anämie und Gänsebaut an der Stelle des hervorgerufenen Reizpbänomens anf, wenn man nacbträglich Adrenalin verwendet. Unter Stanungsverhältnissen vermag die Substanz Anämie nicbt hervorzurufen, selbst lebbafte Kongestionsbyperämie kann sie nicbt überwinden. Die Prüfung auf chroniscb (nicht entzündlicbe) erweiterte Hautgefässe bei Keloiden, chronisch hyperämiscben Narben, Rosacea, Naevi vascul. und Teleangiektasien, zeigte ein gleichmässiges Erblassen, aber unter dentlicberem Vortreten der ancb vorber makroskopisch sichtbaren erweiterten Gefässe. Was die Wirkung auf entzündetes Gewebe betrifft, so tritt keine Veränderung in der bestehenden entzündlicben Stase auf, wenn man Nebennierensnbstanzlösung auf einen scbon bestebenden Entzündungsherd bringt. Setzt man auf einer unter Nebennierensubstanzwirknng stehenden Scbwimmhaut den Entzündungsreiz, so beginnt die Entzündnng später, aber sie tritt ebenso stark anf und scheint länger anzndauern als sonst. Ans angeführten kliniscben Beobacbtungen geht hervor, dass es möglicb erscheine, bei ganz akuten jedoch nicbt zu hocbgradigen Entzündungsreizen die Reaktion des Organismus auf diesen Reiz in Form einer starken Exsudation direkt zu nnterdrücken bezw. beginnende Exsudation zu verringern. Ancb nach Ablauf eines Erythems reagiert die Haut nicbt wie eine gesunde. Äbnlich verbalten sich frischе Psoriasherde. Psoriatiscbe Effloreszenzen baben mancbmal von dem Moment der Bepinselung keine Scbnppen gebildet bis znm näcbsten Tage. Je älter ein Entzündungsberd und je destruktiver der Prozess, desto weniger eklatant ist die Wirkung. Zusammenfassend ergibt sich also diesbezüglicb, dass die Snbstanz anch auf krankes Gewebe anämisierend wirkt, jedoch folgt der Anämie stets die nrsprünglicbe Hyperämie bezw. Cyanose. Je geringer die Gefässerkranknngen bezw. je akuter der Prozess, desto scbneller tritt die Wirkung ein und desto länger ist die Dauer. Bei stark exsudativen Prozessen setzt die Substanz die Exsudation herab, bezw. verzögert dieselbe. Was die praktiscbe Verwendbarkeit dieser Eigenschaften der Substanz anlangt, so kommt dieselbe znnächst für die dermatologische Diagnostik nicht in Betracht. Es wird nun noch die therapeutiscbe Anwendung ausführlich besprocben, wobei leider die Erfolge binter den Erwartungen gleichfalls sehr zurückbleiben. (K.)

Bezüglich der Ergebnisse der Untersuchung mit Nebennierensnbstanz sei anf die im vorbergebenden referierte Arbeit verwiesen. Die Wirkung des Brenzkatechins auf die Haut ist nach Baum (2) eine der Nebennierensubstanz sehr nahestehende, so dass die Annahme gerecbtfertigt scheint, dass das wirksame Prinzip der Nebenniere mit dem reduzierenden verbunden ist. Dagegen bildet das Spermin betreffs seiner lokalen Wirknng einen Antagonisten der Nebennierensubstanz. An der Schwimmhaut des Froscbes verwendet, hat es eine starke Er-

weiterung der arteriellen und kapillären Gefässe mit starker Beschleunigung der Zirkulation zur Folge. Anf die menschliche Haut lässt sicb eine Einwirknng des Spermins nicbt beobachten. (K.)

Die Versucbe Ehrmanns (7) wurden an der intakten Haut des oberen Teiles der Oberarme eines Falles von Hydroa aestivalis vorgenommen. Die von Wasser durcbströmte Finsenlinse wurde in variabler Entfernnng von der Hant gebalten, so zwar, dass sie an das Ende eines gescbwärzten Tubus angehracbt wurde, der eine Verlängernng der Finsenlampenröhre bildete, von deren Brennpunkt die Hautoberfläcbe 15—20 cm entfernt wurde. Um den Versuch weiter zu variieren, wurden Konvexlinsen sowohl wie Konkavlinsen benützt, Linsen von verschiedener Brennweite nnd die Haut hald innerhalh hald ausserhalh deren Brennweite zum Vereinigungspunkt gebracht und dadurcb die Grösse und Licbtintensität des Zerstreunngskreises nach Bedarf geändert. Es folgt die genanere Beschreibung von sechs Versucbsanordnnngen. Ausscblaggehend waren jene Versuche, welche zeigten, dass es mittelst durcb ein blaues Glas filtrierter Strablen, die dadurch nocb wesentlich abgekühlt wurden (1 Grad über Zimmertemperatur) gelang, denselben Effekt zn erzielen, wie mittelst des direkten Sonnenlichtes, dass es dagegen durcb Strahlen, welcbes ein rotes Medinm passierten, sei es eine Glasplatte, sei es eine Flüssigkeitsschichte, obzwar viel weniger oder keine Wärmestrahlen absorhiert werden nnd die Temperatnr viel höher ist, nicbt gelang, auch nnr einen Effekt zu erzielen. Durch das blane Medium werden die langwelligen Strahlen des Spektrum und auch der grösste Teil der dazu gehörigen Wärmestrahlen absorbiert, es passieren nnr die kurzwelligen mit den chemiscb wirksamen Strahlen, welche allein die Erscheinungen anf der Haut produzieren. Wir sind also herechtigt auszusagen, dass die Erscheinungen, welche bei der Hydroa vacciniforme beobachtet werden, ein Produkt nnr der kurzwelligen nnd cbemiscb wirksamen Strahlen des Licbtes sind. Verf. kommt zn dem Schlnsse: Die Sommereruption von Hutcbinson oder die Hydroa vacciniformis aestivalis von Bazin stellt eine familiäre (vielleicbt erbliche) Idosynkrasie der Haut gegenüher der Wirkung der aktinischen Lichtstrahlen dar und ist in Analogie zu bringen mit der ebenfalls familiären Epidermolysis bullosa congenita hereditaria, welche eine Überempfindlichkeit gegen mecbaniscbe Reize darstellt, nur mit dem Unterschiede, dass bei der letzteren eine Herabsetznng der Idiosynkrasie im Alter, also eine Angewöhnung nicht stattfindet wie bei der Sommerernption. Er schlägt für die erstere die Bezeichnung Epidermolysis oder Dermatolysis photactinica congenita vor. (K.)

Eine einstündige Finsenbelichtung scbeint nach v. Veress (26) folgende Veränderungen in der Haut zu erzeugen.

1. Akute Entzündungssymptome: Ödem, Blasenbildung, Gefässerweiterung und Thrombosierung, Auswanderung von Leukozyten und Lymphozyten.
2. Schädigungen: Vakuolisierung der Epithel- (nnd Riesen-)zellen, Degeneration oder Nekrose des Epithels, Blutung und byaline Degeneration.
3. Reaktionssymptome: Wucherung des Kollagens und des Bindegewebes, Mitosen in den Epitbel- und Endothelzellen, endlich Pigment- und Leukozytenwanderung gegen die Lichtquelle.

Es entstebt also eine von verscbiedenen Gewebsscbädigungen begleitete oberflächliche Entzündnng, die aber auch eine Erweiterung der tieferen Gefässe und hauptsächlich Leukozytenemigration aus denselben hervorruft. Darauf folgt eine Abnabme der Entzündung parallel mit der Zunahme und Generalisierung der Reaktionssymptome, deren Endprodukt stets eine Hypertropbie oder Proliferation der fixen Gewebszellen ist. (K.)

Damit das As_2O_3 in wässeriger Lösung anf das Epithel der Haut seine nekrotische Wirkung entfalten könne, ist es nach Pasini (21) notwendig:

1. dass die Zellen lebend seien,
2. dass die Lösnng mindest eine Konzentration von 1 : 150 habe,
3. dass vom Augenblicke an, wo diese Lösung anfgetragen worden, ein Zeitranm von mindestens 3—4 Stunden verstrichen sei.

Besteben diese drei Bedingungen gleicbzeitig, so entwickeln sich im Epithelgewebe und in der Kutis zwei ibrer Natur nach vollständig verscbiedene Prozesse. Der erstere derselben wirkt anf das Epithel in direkter Weise, ist toxischer Natur und bestebt in einem reaktiven Prozesse in den vitalen Erscheinungen der Zellen, der zum Absterben der letzteren fübrt. Der andere wirkt in seknndärer Art: er verursacht eine Thrombose in den Gefässen, führt zn einem reichlichen Austritt von Leukozyten und Serum und infolgedessen zu schweren Störungen des normalen anatomiscben und physiologischen Gleicbgewichtes zwischen Kutis und Epidermis. Das Resultat dieser beidcn verschiedenen Faktoren ist der Abfall des epithelialen Gewebes. An Bindegewebe kann As_2O_3 dieselben Störungen wie an Epitbel hervorrufen, daher kann es als Ätzmittel auch bei Neubildungen verwendet werden, die vom Bindegewebe ausgehen. (K.)

Znr Applikation flüssiger Ätzmittel bediente sicb Hammer (12) eines zugespitzten, mit spiraligen Rinnen versebenen Glasstiftes mit gutem Erfolge bei der Tberapie des Lnpus, Epitbeliomen, Verruca necrogenica, Ulcns molle und scbwieligen Rhagaden der Hände. (K.)

Meirowsky (19) fand, dass die Tätowierung scbon nacb wenigen Bestrablungen von 1—1¼stündiger Dauer mit der Finsen-Reynlampe nicht nnr deutlicb abblasst, sondern an kleinen, erbsengrossen Stellen ganz verschwindet nnd einer makroskopisch anscbeinend normalen Epidermis Platz macbt. Die Einzelbeiten werden in einer späteren Arbeit ausführlicb erörtert werden. (K.)

Den Versuchen Juliusbergs (14) lag die Absicbt zngrunde, die Filtrierbarkeit des Virus des menschlicben Molluscum in gleicher Weise wie beim Epithelioma contagiosum des Geflügels zu erweisen. Es gelang in einem Falle mit dem Filtrat von Molluscnmgeschwülsten an der Impfstelle Mollusci mit deutlicben Molluscum-Körperchen hervorzubringen, woraus auch für das menschliche Mollnscum hervorgehe, dass dessen Virus filtrierbar sei. Die Erkrankung sei wabrscheinlicb durch einen für nns nnsichtbaren Erreger verursacht. (K.)

Die Untersucbnngen von Helber und Linser (13) führten auf Grund von Tierversucben zn folgenden Ergebnissen:

1. Die Röntgenstrahlen baben eine scbädigende Wirkung auf die weissen Blutzellen.

2. Die Lymphozyten werden in erster Linie und am meisten geschädigt.
3. Der Ort der Zerstörung der weissen Blntzellen ist sowohl in den hluthildenden Organen wie im Kreislauf zu snchen.
4. Auf Erythrozyten, Blntplättchen und Hämoglobin hahen die Röntgenstrahlen nur einen geringen, schädigenden Einfluss.
5. Nach Röntgenhestrahlungen treten Nierenschädigungen auf, die nicht durch direkte Wirkung der Strahlen bedingt sind. (K.)

Von den Ergebnissen der mitgeteilten Untersnchungen heht Werner (29) vorläufig nur zwei Punkte hervor: Dass die Radiumstrahlen anf Bakterien nicht nur tötend, sondern auch entgiftend wirken können, ohne die Eignnng der letzteren zur Immunisierung anfzuheben; ferner dass die unter ihrem Einflusse zugrunde gehenden Körperzellen verschiedenster Art imstande sind, hakterizide Eigenschaften zn entwickeln, was hei dem gewöhnlichen autolytischen Prozesse nicht oder nur in viel schwächerem Masse der Fall zu sein scheint. (K.)

Die Untersnchnngen v. Baumgartens (4) ergaben im Gegensatze zn denen anderer Autoren, dass an der Eingangspforte der Infektion regelmässig, mindestens mikroskopisch nachweishare tuberkulöse Veränderungen entstünden. Davon abweichende Ergehnisse dürften vielfach darin hegründet sein, dass die mikroskopische Untersuchung nicht vorgenommen wurde. Durch Inhalationsversuche weist Verf. nach, dass anch die Lunge selhst für ganz spärliche, von den Alveolen her in sie eindringende Bazillen nicht durchgängig ist. Die Annahme des Eindringens virulenter Tnherkelbazillen in den Körper ohne die Entstehung tuherkulöser Veränderungen an der Eingangspforte sei durch experimentelle Beweise nicht gestützt. Im ganzen ist der Infektionsweg der menschlichen Tuberkulose in den wenigsten Fällen genau hekannt. (K.)

Bei einem Macacns Rhesus, der nach Impfung mit syphilitischem Virus einen Primäraffekt hekommen hatte, trat nach einigen Wochen, wie Kraus herichtet (16), am Stamme ein pustulöses Exanthem anf. Die histologische Untersuchung ergah eine tuherkulöse Natur der Hantveränderungen. Es ist also hewiesen, dass man experimentell Tuherkulose der Haut heim Affen erzengen könne, was hisher hei keiner Tierart experimentell gelnngen ist. — Riehl und Ehrmann machen in der Diskussion auf die Unterschiede der Hauttuherkulose der Affen gegenüber der Impftuherkulose an der menschlichen Haut und der miliaren Hauttuherkulose aufmerksam. (K.)

Nach leichter Lädierung der Haut gelingt es durch Einhringung gewisser Substanzen, z. B. des Äthylenglykol, typische Urticariaquaddeln zu erzeugen. Baum (1) experimentierte an der Schwimmhant von besonders disponierten (Winter-)Fröschen, wo er der Urticaria analoge Ödeme hervorzurufen und deren Ahlanf direkt unter dem Mikroskop zu verfolgen mochte. Er konnte sich dahei niemals von einem Zirkulationshindernis an den Venen überzengen, sah auch keine Exsndation von weissen oder roten Blutkörperchen. Er glauht daher, dass die Theorie Unnas vom Venenspasmns als Ursache der Quaddel nicht richtig sei. Man sieht vielmehr vor der Entstehung der Quaddel eine Steigerung der arteriellen Zufuhr mit Erweiterung der Kapillaren. Dann erfolgt ein

Serumaustritt aus den Gefässen und es kommt zu stärkerer Kompression der Kapillaren durch das ausgetretene Serum. Für die Entstehung der Urticaria ist eine bestimmte Disposition der Frösche notwendig. (K.)

Die Empfänglichkeit des Kaninchens für Vaccine ist nach de Waele und Sugg (28) grossen individuellen Verschiedenheiten unterworfen. Das Kaninchen widersteht grossen Dosen des Pockengiftes und reagiert nicht durch Eruptionen, aber es geht schliesslich an Kachexie zugrunde. — Die Empfänglichkeit der Ziege für Vaccine ist viel geringer als die des Kalbes; ferner ruft die Entwickelung der Vaccine bei der Ziege das Auftreten von agglutinierenden Substanzen nur in sehr geringer Quantität in dem Serum des Tieres hervor. — Das Filtrat von Vaccine durch das Chamberland-Filter F ist nicht nur unwirksam bei der gewöhnlichen Verimpfung auf ein Kalb, sondern dieses Filtrat führt, auch in grosser Menge unter die Haut injiziert, keine Immunisierung herbei. — Das 3—7 tagelange Verweilen von Säckchen, die eine kleine Quantität Vaccine enthalten, unter der Haut des Kalbes, immunisiert dieses gegen eine spätere Impfung (in der gewöhnlichen Frist der intrakutanen Impfung oder der subkutanen Injektion). Das Vaccinegift muss also Substanzen liefern, die auch ohne jeden Druck durch eine Membran diffundieren und imstande sind, die Immunität hervorzurufen. Dieses sehr wichtige Ergebnis lenkt die Aufmerksamkeit erstens auf die Möglichkeit ein Tier zu immunisieren, ohne es im eigentlichen Sinne zu infizieren, und zweitens auf die Wichtigkeit dieser diffundierbaren Substanzen. — Diese Substanzen scheinen in gewisser Menge in der Ödemflüssigkeit vorhanden zu sein, welche man bei reichlicher, tiefer Impfung oder bei dicht beieinander vorgenommenen subkutanen Injektionen erhält. In der Tat führt auch die Injektion dieser von ihren Mikroben befreiten Ödemflüssigkeit zu einem geringen Grade der Immunität. — Bei der Kultur der in Schilfsäckchen unter die Haut eines Kalbes gebrachten Vaccine erhält man konstant eine reichliche Entwickelung von Streptokokken neben Staphylokokken und einigen Bazillenarten. — Die Streptokokken lassen sich fast alle als Streptococcus vaccinalis identifizieren. Diese Kulturen sind nicht imstande, die nach der Verimpfung gewöhnlichen Veränderungen der Haut hervorzurufen. (K.)

Nicolle (19a) impfte Macacus rinensis 1. in der Regio temporofrontalis beiderseits. 2. An der Schleimhaut des rechten Auges mit Massage. 3. An der Nasenschleimhaut beiderseits durch Anlegen einer Erosion. 4. Subkutan vor dem rechten Ohre. 5. In den äusseren Gehörgang. Nach 62 Tagen reagierte die Stelle vor dem Ohre (Impfung Nr. 4), nach 68 Tagen Nr. 5, unter Bildung eines allmählich sich vergrössernden Knötchens.

Die mikroskopische Untersuchung, die 14 Tage später vorgenommen wurde, ergab wenige in Leukocyten liegende Leprastäbchen. (V.)

Aus den Versuchen Pfeiffers (22a), die zum Teil die früher erhobenen Befunde Uhlenhuths bestätigen, lassen sich folgende Schlüsse ziehen:

1. Manche normale Seren äussern, einer anderen Tierart subkutan injiziert, die Fähigkeit, am Orte der Einwirkung dann nekrotisierende Eigenschaften, wenn ihnen auch für die Erythrozyten jener Tierart eine hämolytische Wirkung eigentümlich ist.

2. Diese Suhstanz ist ein Haptin im Sinne Ehrlichs und identisch mit dem Hämolysin normaler Seren, so zwar, dass ein hestimmtes Normalserum in dem Augenhlicke seine nekrotisierende Wirkung für eine hestimmte Tierart einhüsst, wo entweder der hämolytische Ambozeptor zerstört ist oder durch Bindung an die Erythrocyten dieser Tierart entfernt wird. Es gewinnt demnach anch ein nnwirksames Serum einer Tierart nekrotisierende Eigenschaften für eine heliehige andere, wenn man sich anf immunisatorischem Wege ein hämolytisch wirkendes Immunserum darstellt.
3. Es bedeuten also die nach der Injektion mancher hämolytisch wirkender heterologer Normalseren am Orte der Injektion auftretenden Nekrosen nichts anderes als den Effekt der Wirkung des Hämolysines anf die Zellen der Kutis. (K.)

In der von Thies (25) mitgeteilten Versuchsreihe wnrden verschiedene Organe von Meerschweinchen und Mäusen, sowie auch gesunde menschliche Haut nach Radinmhestrahlung untersucht. In der Haut entwickelte sich auf die Bestrahlung hin eine staffelförmig in die Tiefe dringende Zerstörung. An der Grenze des Defektes zeigte sich auffällige Epithelwncherung. Anch sonst zeigten sich znmeist regressive Veränderungen: Quergestreifte Muskulatur zerfällt körnig, Sarkoplasma nnd Sarkolemkerne werden zerstört. Anch Knorpel wird anfänglich regressiv verändert, während er sich später durch Bindegewebswucherung stark verdickt. Die Gefässe reagieren sehr intensiv anf die Bestrahlung, und zwar heobachtet man die hochgradigsten Veränderungen an den Arterien, weniger an den Venen. Bindegewebe wird ebenfalls verändert, das elastische Bindegewebe hesitzt eine erhöhte Widerstandskraft. (K.)

Im Anschlnsse an die hei der Verwendnng des Thalliumazetat als Antidiaphoreticum gemachte Beohachtung von Haarausfall, experimentierte Vignolo (27) an Katzen und Kaninchen, welchen er Lösungen des Salzes subkutan injizierte oder in Form von Salhen und Lösungen applizierte. Starke Dosen hatten allgemeinen Haarausfall und selbst den Tod zur Folge. Bei lokaler Applikation äusserte sich die Wirkung in einer nur auf die Applikationsstelle heschränkten Alopecie oder es hreitete sich dieselbe gleichfalls allgemein aus. Die Alopecie war nur eine temporäre, indem sich in ihrem Bereiche der Haarwuchs später langsam wieder einstellte. (K.)

VIII.

Kosmetik.

Von **Paschkis**-Wien.

Literatur:

1. Aufrecht, Zusammensetzung des Poudre ravissante de Mme. Rosa Schäffer-Wien. Pharmazeutische Zeitung S. 41.
2. Berger, Restauration de l'arête du nez on selle par un transplant cartilagineux (méthode de Charles Nélaton). Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris, S. 680 (5. VII.). (Diskuss.: Chaput, Nélaton.)
3. Birch-Hirschfeld, A., Weitere Erfahrungen über die Verwendung des Ohrknorpels zum Ersatz von Liddefekten. Münch. med. Wochenschr. S. 2075.
4. Broeckaert, J., Prothèse nasale par l'action combinée d'une opération autoplastique et d'injections de paraffine. Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol., März, April.
5. Chronis, P. D., Eine radikale Operation zur Heilung der Trichiasis und des Entropiums beider Lider. Klin. Monatsbl. für Augenheilk. 43. Jahrg., Bd. 2, S. 6.
6. Depage, La chirurgie réparatrice de la face. (Diskuss.: Berger, Gross, Girard, Campenon, Morestin, Pozzi, Doyen, Broca, Kirmisson, Auguste Reverdin, Ombredanne, Savariaud, Dolaunay, Ch. Julliard, Girard.) Referiert Sem. méd., S. 489.
7. Elter und Haasa, Neue Operationsmethode bei Liddefekten und Ektropium durch freie Plastik aus der Ohrmuschel. Münch. med. Wochenschr. S. 1821.
8. Freer, Otto, Die Fensterresektion der Verbiegungen der Nasenscheidewand. Berl. klin. Wochenschr. S. 1247.
9. Da Gama-Pinto, Über Lidplastik. 32. Kongr. der Ophthalmol. Ges.
10. Derselbe, Über Lidplastik. 32. Vers. der Ophthalmol. Ges. in Heidelberg. (Diskuss.: Birch-Hirschfeld.)
11. Joseph, Jaques, Weiteres über Nasenverkleinerung. Berl. med. Ges. 10. V.
12. Derselbe, Weiteres über Nasenverkleinerung. Münch. med. Wochenschr. S. 1489.
13. Issleib, Vorschriftsmässiges Paraffinum solidum. Pharmazeut. Zeitung S. 942.
14. Kaiser, Misslungene Paraffinplastik infolge Wanderung des Paraffins während eines Erysipels. Bresl. Dermat. Verein 6. VI.
15. Kirschner, Tumor, entstanden nach Paraffininjektion. Berl. med. Ges. 29. XI. (Diskuss.: Eckstein, J. Joseph.)
16. v. Klingelhöfer, 5 Fälle von Verstümmelung des Gebisses, der Nase und des Gesichts und die prothetische Behandlung. 77. Vers. Deutsch. Naturf. und Ärzte, Abt. f. Chir.
17. König, Plastik des defekten Nasenflügels durch ein Stück der Ohrmuschel. Altonaer ärztl. Verein 5. IV.
18. Körte, Fall von Ohrenplastik. Freie Vereinig. der Chirurgen Berlins, 13. XI.
19. v. Lesser, Über das Schuhwerk. Med. Ges. zu Leipzig 24. X.
20. Roe, John O., Correction of nasal deformities by subcutaneous operations. Med. Soc. of the State of New York 1. II.
21. Derselbe, The correction of nasal deformities by subcutaneous operations. Med. Record 1. Juli.
22. Sebileau, Pierre, Prothèse métallique de la face (restauration du sinus frontal). Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris p. 1026 (29. XI.).
23. Uhthoff, W., Über Schädigungen des Auges nach Paraffininjektionen bei Sattelnase. Berl. klin. Wochenschr. S. 1461.
24. Winkler, Ernst, Weitere Beiträge zur Korrektur schiefer Nasen. XII. Vers. süddeutscher Laryngologen.
25. Zabludowski, J., Massage im Dienste der Kosmetik. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis Bd. 77, S. 233.
26. Derselbe, Massage im Dienste der Kosmetik. Charité-Annalen S. 798.

27. Zeuner, W., Über Prof. Schleichs kosmetischen Hautcreme. Therapeut. Monatsh. S. 162.
28. Äthrole, wasserlösliche Antiseptika und Kosmetika. Pharmazeut. Zeitung S. 887.
29. Atoleine, ein Haarpflegemittel. Pharmazeut. Zeitung S. 328.
30. Heliosa, ein Haarfärbemittel. Pharmazeut. Zeitung S. 784.
31. Originalvorschriften zu einigen Kosmeticis. Pharmazeut. Zeitung S. 1023.
32. Präparate aus Pferdekammfett als Haarkonservierungsmittel. Pharmazeut. Zeitung S. 1002.

Ein durch Exstirpation eines Unterlidendothelioms entstandener Defekt wird nach Elter und Haass (7) durch ein 3,5 cm langes Stück aus dem vorderen oberen Teil der rechten Ohrmuschel gedeckt; funktionelles und kosmetisches Resultat vorzüglich. In einem zweiten Falle bestand Ektropium beiderseits der Unterlider nach Lupus; rechts wurde Blepharoplastik mit gestieltem Lappen aus der Wange mit nicht voll befriedigendem Resultate vorgenommen; links wurde die Bindehaut von einem unter dem Lidrande diesem parallel verlaufenden Hautschnitte aus unterminiert und in die entstandene Wundfläche ein aus dem hinteren Anteil der Ohrmuschel ausgeschnittenes, an der einen Fläche der Cutis berauhtes Läppchen exakt adaptiert. Auch hier ist das Resultat in jeder Hinsicht vortrefflich. (P.)

Es handelt sich bei Josephs (11) Technik um intranasale bezw. narbenlose Verkürzung von zu langen Nasen. Die medialen Schenkel der Cartil. alares, zuweilen auch ein Teil des lateralen Abschnittes, werden reseziert, die zu lange Haut des Septum passt sich infolge ihrer Elastizität der abgeänderten Form des Nasenskeletts an und wird an die Cart. quadrangularis mit einigen feinen Nähten befestigt. Es wird ohne Narkose, dagegen mit Lokalanästhesie (Eusemin = Adrenalin-Kokain) operiert. Die Operation ist ungefährlich. Die Resultate, nach den Photographien zu schliessen, gut. (P.)

In dem einen Falle Uhthoffs (23) waren bei wahrscheinlich luetischer Sattelnase innerhalb 13 Monaten drei Injektionen von Paraffin (Schm.-P. 43°; Inj. hei 46—47° C.) gemacht worden und im unmittelbaren Anschluss an die letzte das typische Bild der Embolie der Art. centr. retinae aufgetreten. Es muss Paraffin in noch flüssigem Zustand den Lungenkreislauf passiert haben, dann in den arteriellen und endlich in die Art. centr. retinae eingetreten sein. Im zweiten Falle handelte es sich um eine traumatisch entstandene Sattelnase, wegen welcher er drei (wahrscheinlich Weich-)Paraffininjektionen erhielt. Nach etwa zwei Monaten trat Drücken in beiden Augen ein, die Lider schwollen sehr rasch bis zur Unmöglichkeit sie zu öffnen, an; es waren Paraffintumoren in beiden Ober- und Unterlidern entstanden, welche diffus in das umgebende Gewebe übergingen und operativ entfernt werden mussten. Mikroskopisch zeigte sich Infiltration des Gewebes mit kleineren und grösseren Paraffinpartikeln und dazwischen liegender starker entzündlicher Wucherung mit massenhaften Riesenzellen. Vorsicht bei Paraffininjektionen ist dringend geboten, die Verwendung des Hartparaffins vielleicht vorzuziehen. (P.)

(Da selbst bei Entfernung des Scheidewandknorpels seiner ganzen Länge nach in etwa halber Höhe von dem vorderen unteren Rande bis an das knöcherne Septum keine Änderung des Profils, sondern nur oft eine Einstellung rechts oder links gedrehter Nasen in die Mittellinie erfolgt, hat die Operation Freers (8) nur funktionelle, aber keine kosmetische Bedeutung. Ref.) (P.)

Zur Korrektur einer Sattelnase war bei einem Patienten Kirschners (15) vor vier Jahren eine Weichparaffineinspritzung vorgenommen worden, infolge welcher ein knorpelbarter Tumor in der Gegend des rechten inneren Augenwinkels entstanden war. Der Tumor wurde operativ entfernt. Die mikroskopische Untersuchung zeigt Granulationsherde mit Fremdkörper-Riesenzellen mit runden Vakuolen. Das meiste Paraffin ist resorbiert und durch derbes Bindegewebe ersetzt. Das weiche Paraffin wandert ins Gewebe und hat in diesem Falle, wie in dem Uhthoffs (s. o.), die Fasern des Musc. orbicul. orbitae auseinander gedrängt und nekrotisiert. Aus mikroskopischen Präparaten anderer Fälle geht hervor, dass Weich- und Hartparaffin nicht an allen Stellen vertragen wird, sondern zu schwerer Gewebsstörung führen kann, sowie dass beide resorbiert werden. In der Diskussion sagt Eckstein, dass sich klinisch bei seinen mit Hartparaffin behandelten Fällen keine Resorption nachweisen liess, dass, wenn eine solche vorkomme, sie jedenfalls unendlich langsam und in sehr geringem Masse stattfände, endlich dass Hartparaffin nur ganz ausserordentlich selten nicht vertragen werde. F. Joseph hat eine ganze Reihe von ungünstigen Erfolgen bei Paraffininjektionen wegen Sattelnase gesehen. Die Entstellungen sind auf operativem Wege zu beseitigen und mahnen, die Indikation der Paraffinbehandlung einzuschränken. Diese sollte nur bei tief eingeschnürter Sattelnase vorgenommen werden. (P.)

Ein allgemein gehaltener Vortrag Zabludowskis (26), woraus nur wenig hervorzuheben ist. Die Schönheitsmassage, die Durchknetung kann am Gesicht nur mit der Hand ausgeführt werden, selbst die Vibratoren können durch die Finger des Massierenden ersetzt werden. Zabludowski verwendet auch eine Luftpumpe mit einem metallenen Ansatze von 3—5 cm Durchmesser. Bei allgemeinen Ernährungsstörungen, welche schlechtes Aussehen des Gesichtes zur Folge haben, kann man sich nicht auf örtliche Massage beschränken; namentlich bei alternden Frauen wirkt die Massage grosser Körperpartien ausgleichend auch auf die Farbe der Haut des Gesichtes etc. — Selbstmassage mittelst Instrumente oder mit den blossen Fingern ist von geringem Wert. Vibrations-Massageapparate sind brauchbar und bequem. Die Massage mit dem Wasserdampfbade für das Gesicht zu kombinieren, ist irrationell, auch die Kombination mit einem Kosmetikum ist zweckwidrig, weil die Salben reizend auf die Haut wirken. Die Gesichtsmassage wird nicht über 15 Minuten ausgedehnt und ist mehrere Wochen bezw. Monate fortzusetzen. Gesäss und Brustdrüsen werden bei allgemeiner Massage umgangen. Einzelheiten, namentlich hinsichtlich der Technik, sind im Original nachzusehen. (P.)

(32). Das von gesunden Pferden genommene Fett (Kammfett) wird zerschnitten, kalt ausgepresst und dann stehen gelassen. Es scheidet sich in eine ölige flüssige und in eine dicke feste Masse. Einem Kilogramm des flüssigen Kammfettes setzt man ca. 50 g Muskatnussöl, 5 g Ingweröl oder auch Terpentinöl zu. Der festen Masse setzt man ausser diesen Ingredienzien noch Schweinfett, Wachs und wohlriechende Öle zu. Die Präparate sollen als Haarkonservierungsmittel dienen. (P.)

Heliosa (30), ammoniakalische Silberlösung als Haarfärbemittel. (P.)

Äthrole (28), wasserlösliche, Eau de Cologne, Eucalyptol, Pfefferminzöl etc. enthaltende, zur Zerstäubung, zu Waschungen zu verwendende Antiseptika und Kosmetika. (P.)

Nach der Untersuchung Aufrechts (1) dürfte der Puder aus 40% unreinem Zinkoxyd und 60% Speckstein bestehen. (P.)

Atoleine (29), ein nicht entflammbarer, zur Haarpflege zu verwendender Kohlenwasserstoff. (P.)

Haarregenerator (31) ist ein alkoholischwässeriger Auszug von Eucalyptusrinde und -blättern, Chinarinde und Klettenwurzel mit 0,5‰ Ferrum oxydatum dialysatum vermischt. Auroraschönheitswasser ist ausgepresster Gurkensaft, in welchem Kochsalz und Borax gelöst ist, mit Zusatz von ca. 25% konz. Alkohol nnd 2% Kölnischwasser. Odorin ist ein Badezusatz, welcher durch Destillation von Alkohol mit Traubenkraut, Parakresse und Bertram erzeugt wird und welchem schliesslich noch 1% Salicylsäure zugesetzt wird. (P.)

Die Operation wurde von dem Vater Chronis (5) auf dem XI. Kongresse in Rom bekannt gemacht. Sie besteht aus

1. der Kautoplastik,
2. dem Hautschnitt, welcher 2—3 mm vom Lidrand diesem parallel der ganzen Länge nach ausgeführt wird,
3. der Abtragung des Musc. palpebralis,
4. der Verdünnung des Tarsus durch flache Abtragung,
5. und 6. Anlegung und Knüpfung der Nähte,
7. aus einem intermarginalen Schnitte im Niveau der grauen Linie.

Die Heilung erfolgt in 8—10 Tagen. (P.)

Fünf Fälle von Verstümmelung des Gesichtes, der Kiefer und der Nase, welchen Prothesen gemacht wurden. Demonstration (16) der Modelle. (P.)

Eine Ankündigung der bekannten Pasta cerata Schleich durch Zeuner (27); nach kräftiger Abreibung mittelst Seifenspiritus (bei Damen [!? Ref.]) an Stelle des Puders verwendet, soll der Creme eine Verschönerung der Haut ergeben, soll nicht unangenehm fetten und doch der Haut schönen Glanz verleihen. (P.)

Birch-Hirschfeld (3) berichtet über neun eigene einschlägige Fälle, darunter ein partielles Symblepharon und ein Kolobom des oberen Lides, bei welchen die Tarsoplastik mit ausgezeichnetem kosmetischen Effekt ausgeführt worden war. Er gibt bezüglich der Lappenbildung und der Naht eine kleine Modifikation der Operation an, deren Priorität zweifellos Büdinger-Wien (1902) gebühre. (P.)

IX.

Chirurgische Grenzgebiete.

Mit einem Beitrage von **J. Góngora**-Barcelona.

Literatur:

1. Amat, Hauttransplantationen mit der Haut des Hühnereies. Revista de med. y chir. pract. Madrid 19. V.
2. Arnsperger, L., Erfahrungen mit Bierscher Stauung bei akuten Eiterungen. Naturhistor.-med. Verein Heidelberg. 14. XI. (Disk.: L. Fischer, Bettmann, Schwalbe, Kümmel).
3. Aronheim, Über Verwendung des Balsamum peruvianum bei Behandlung von Wunden und chronischen Unterschenkelgeschwüren. Münch. med. Wochenschr. S. 1782.
4. Axmann, Wundbehandlung mittelst ultraviolotten Lichtes. Münch. med. Wochenschrift S. 1723.
5. Baracz, R., W sprawie chirurgicznego leczenia szczliny odbytu (fissura ani) na podstawie wlasnego doswiadczenia. Gaz. lekarska, 27. Mai, 3., 10. u. 17. Juni.
6. Baum, Fall von ausgebreiteter Venenerweiterung bei Thrombose der Vena cava inferior. Verhandl. der Berliner Dermatol. Gesellsch. 14. III.
7. Boach, W. M., Anal fissure. Med. News 7. Jan.
8. Beitzke, H., Neuere Arbeiten über Narbenbildung und Regeneration. Berliner klin. Wochenschr. S. 575.
9. Bier, August, Das Verfahren der Stauungshyperämie bei akut entzündlichen Krankheiten. Arch. f. klin. Chir. Bd. 77. S. 164.
10. Derselbe, Über das Verfahren der Stauungshyperämie bei akut entzündlichen Krankheiten. 34. Kongr. der Deutsch. Gesellsch. f. Chir. I. Sitzung.
11. Brod, Michael, Über plastische Deckung grosser Hautdefekte am Penis und Skrotum, sowie am Fuss. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 46. S. 379.
12. Broeckaert, J., Nouvelles recherches histologiques sur le sort définitif de la paraffine injectée chez l'homme. Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol., 19. August.
13. v. Brunn, Max, Über die Stauungsbehandlung bei akuten Entzündungen nach den bisherigen Erfahrungen der v. Brunsschen Klinik. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 46. S. 845.
14. Condo di Satriano, Le traitement du varicocèle par le procédé de Parona. Thèse de Montpellier.
15. Danielsen, W., Über die Bedeutung der Bierschen Stauungsbehandlung akuter Entzündungen für die chirurgische Poliklinik und den praktischen Arzt. Münch. med. Wochenschr. S. 2315.
16. Detre, Über die prognostische Bedeutung der Bakteriologie im Dienste der Praxis. 33. Wandervers. ungar. Arzte u. Naturforscher.
17. Doevenspeck, Wilh., Beiträge zur intravenösen Injektionstherapie. II. Intravenöse Thiosinamininjektionen. Therap. d. Gegenwart. S. 251.
18. Frank, Conrad, Die Verwendung des Balsamum peruvianum bei der Wundbehandlung. Münch. med. Wochenschr. S. 764.
19. Fürst, L., Die Erzielung von Analgesie auf endermatischem Wege. Dermatol. Zeitschr. S. 756.
20. Geyer, R. F, A proposito do balsamo do Perú. Brazil-medico. 22. Juni.
21. Gorokhov, D., Operative Behandlung der Narbenkontrakturen des Handtellers und der Finger. Prakt. Vratch 9. Juli.
22. Grünbaum, Robert, Die Technik der Stauungshyperämie. Therap. d. Gegenw. S. 100.
23. Gnszmann, Josef, Experimentelle Untersuchungen mit implantierten Hautstücken. Arch. f. path. Anat. u. Physiol. u. f. klin. Med. Bd. 181. S. 391.
24. Heller, Fall von ausgedehnter Hautnekrose nach Paraffininjektion. Verhandl. der Berliner Dermatol. Gesellsch. 9. V.

25. Herrick, James B., und Irons, E. E., Chronic acetanilid poisoning, with report of a case due to absorption of the drug from an ulcer of the leg. Transact. of the Assoc. of American Physic. Vol. 20. S. 388.
26. Hertzka, Josef, Zur Technik der Klammernaht nach Michel. Münch. med. Wochenschr. S. 2374.
27. Hirschland, L., Über die Verwendung des Thiosinamins und Fibrolysins in der Otologie und Rhinologie. Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 64. S. 107.
28. Hochheim, W., Ein Beitrag zur Operationstechnik des mit Trichiasis komplizierten Narbenectropiums. Arch. f. Augenheilk. Bd. 52. S. 201.
29. Hofmann, Arthur, Veränderungen im Granulationsgewebe fistulöser fungöser Herde durch Hyperämisierung mittelst Saugapparate. Münch. med. Wochenschr. S. 1864.
30. Holländer, Anregung der Epidermisation. Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. 10. VII.
31. Hotz, F. C., Die richtige Teilung und Fixation der Hautlappen bei der Operation gegen Narbenektropium zur Verhütung von Rezidiven. Arch. f. Augenheilk., engl. Ausg., Vol. 32. Heft 3.
32. Jolkov, A., Hautemphysem in einem Falle von lobärer Pneumonie. Vratcheb. Gaz., 26. Nov.
33. Joseph, Max, Die Behandlung der Unterschenkelgeschwüre mit Crurin. Dermatol. Zentralbl. S. 194.
34. Kaiser, Hautveränderungen nach Paraffininjektionen. Schles. Gesellsch. für vaterländ. Kultur in Breslau. 30. VI.
35. Kalberlah, Fibrolysin bei Kompressionsneuritis durch Narbengewebe. (Disk.: v. Wild, Emanuel, K. Herxheimer, Juliusberg, Vohsen, L. Rehn, Oehler). Ärztl. Verein in Frankfurt a. M. 4. IX.
36. Kullenberger, Walter, Beitrag zur Pathogenese der Varicen. Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. u. f. klin. Med. Bd. 180. S. 130.
37. Kashimura, S., Die Entstehung der Varicen der Vena saphena in ihrer Abhängigkeit vom Gefässnervensystem. Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. u. f. klin. Med. Bd. 179. S. 373.
38. Kelsey, Charles B., The limitations of the office treatment of rectal diseases. Med. Record. Vol. 67. S. 129.
39. Kennedy, R., Grafting of completely-separated skin-flaps in the treatment of contractures due to cicatrices. Brit. Med. Journ. 29. April. S. 930.
40. Keppler, Wilh., Die Behandlung entzündlicher Erkrankungen von Kopf und Gesicht mit Stauungshyperämie. Münch. med. Wochenschr. S. 2161 u. 2224.
41. Kirchgessner, Ph., Über einen Fall von subkutanem Emphysem beim Neugeborenen. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 9. S. 164.
42. Klapp, Rudolf, Über die Behandlung entzündlicher Erkrankungen mittelst Saugapparaten. Münch. med. Wochenschr. S. 740.
43. Lewisohn, Richard, Über die therapeutische Bedeutung der künstlichen Hyperämie. Zentralbl. f. d. ges. Ther. S. 561.
44. Loele, Paul, Zur ambulanten Behandlung der Unterschenkelgeschwüre. Therap. d. Gegenw. S. 190.
45. Mauss, Th. A., Intravenöse Injektionen. Berliner klin. Wochenschr. S. 1285.
46. Marchetti, L., Contributo alla cura delle ulceri varicose et delle superfici granulanti col metodo di Scott Schley. Gazz. degli Osped. 21. Mai.
47. Murcuse, B., Fall von kollateralem Venenkreislauf nach einer Varicenoperation. Verhandl. d. Berlin. Dermatol. Gesellsch. 14. II. (mit Diskussion von Lipman-Wulf, Heller, Hoffmann).
48. Mellin, Thiosinamin bei Narbenkontrakturen. Deutsche med. Wochenschr. S. 175.
49. Mendel, Felix, Attritin und Fibrolysin. Therap. d. Gegenw. S. 378. Antwort hierauf von Doevenspeck S. 477.
50. Derselbe, Fibrolysin, eine neue Thiosinaminverbindung. Therap. Monatsheft. S. 93 u. 177.
51. Moos, Zur ambulanten Behandlung der Unterschenkelgeschwüre. Therap. d. Gegenw. S. 382.
52. Morris, Malcolm, The treatment of scars and cheloid. Practitioner. Vol. 75. S. 775.
53. Nobl, Fall mit plastisch gedeckten Defekten des Gesichtes nach radikaler Lupusexstirpation Verhandl. der Wiener dermatol. Gesellsch. 7. VI. (Diskussion: Ullmann).
54. Noesske, K., Altes und Neues über die Methoden der Hautverpflanzung. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Dresden. 11. III. (Disk.: v. Pflugk).

55. Olivier, P., La déchloruration contre l'ulcère de jambe. Sem. méd. S. 294.
56. Derselbe, Le régime déchloruré dans l'ulcère de jambe. Thèse de Paris.
57. Pels-Leusden, Über abnorme Epithelisierung. (Disk.: Loxer). Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. 19. VI.
58. Derselbe, Über abnorme Epithelisierung und traumatische Epithelzysten. Deutsche med. Wochenschr. S. 1340.
59. Pennington, J. Rawson, Remarks on the etiology of fissure in ano. Med. Record. Vol. 67. S. 886.
60. Ponziani, G., Sui risultati lontani della cura chirurgica del varicocele. Clinica moderna. 5. Juli.
61. Porosz, M., Protection du lit ungnéal dénudé par le collodionnage. Sem. méd. S. 376.
62. Ranzi, Behandlung von eitrigen Prozessen durch Stauung und Saugung nach Bier. Ges. d. Ärzte in Wien. 10. XI. (Disk.: Volk, Necker, Jerusalem, O. Frankl, v. Mosetig, Wechsberg, K. Ullmann, Weinlechner, v. Eiselsberg.)
63. Rath, Hugo, Zur Therapie des Unterschenkelgeschwürs mit „doppelter Binde". Dermatol. Zeitschr. S. 503.
64. Ruggi, G., Processo nuovo per la cura del varicocele. Policlinico. 1. Jan.
65. Scagliosi, G., Über Phlebektasie. Anatomische Untersuchungen. Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. u. f. klin. Med. Bd. 180. S. 161.
66. Schifone, O., Contributo clinico e sperimentale alla cura radicale del varicocele col processo operativo Durante. Policlinico, partie chir. XII. 11.
67. Schmidt, C., Zur Radikaloperation bei Ulcus cruris. Münch. med. Wochenschr. S. 1050.
68. Schneiderlin, Radikaloperation bei Ulcus cruris. Münch. med. Wochenschr. S. 813.
69. Stegmann, R., Les injections prothétiques de vaseline contre les cicatrices des pustules varioliques. Sem. méd. S. 173.
70. Stempel, Die Biersche Stauungshyperämie und ihre Anwendungsweise. (Diskussion: Partsch). Schles. Ges. f. vaterländ. Kultur. 7. VII.
71. Stich, Die Behandlung akuter Entzündungen mittelst Hyperämie. Verein f. wissensch. Heilk. in Königsberg i. Pr. 15. V.
72. Stone, J. S., Cicatricial contraction of the hand; transplantation of abdominal flap; relief. Boston med. and surg. Journ. 2. März.
73. Svehla, K., O novych prinznacich poruch sliznice konecniku, zejména o trhlinkách ritnich s priznaky koxitickymi. (Über die Symptome der Schleimhautkrankheiten des Mastdarms, besonders der Fissura ani, mit Vortäuschung von Koxalgie). Casopis lékaru ceskych. 24. Juni u. 1. Juli.
74. Tessène, M., Contribution à l'étude du traitement chirurgical des ulcères variqueux: le procédé de l'incision circulaire de cuisse. Thèse de Paris.
75. Turazza, G., Sopra un caso di varici alle regioni crurali. Riforma med. 25. Nov.
76. Ubthoff, Tumorenbildung um das Auge nach Injektionen von Paraffin. Schles. Ges. f. vaterländ. Kultur in Breslau. 21. VII.
77. Veyrasaat, A, Traitement des ulcères simples de jambe par la solution physiologique chaude. Sem. méd. S. 427.
78. Vörner, H., Traitement de l'ulcère de jambe par deux bandes en caoutchouc superposées. Sem. méd. S. 102.
79. Derselbe, Zur Behandlung des Ulcus cruris und seiner Ursachen. Münch. med. Wochenschr. S. 350.
80. Wallis, Frederick C., Ano-rectal ulceration. Practitioner, Vol. 75. S. 335.
81. Wolffenstein, Eduard, Über das Zinkperhydrol, ein neues Wundmittel. Therap. Monatsh. S. 581.
82. Haemorrhoids. Practitioner. Vol. 75. S. 285.
83. Köhlers Ätzmittelträger. Pharm. Ztg. S. 110.
84. Patentierte Darstellung von Verbandstoffen. Pharm. Ztg S. 477.
85. Traumasan. Pharm. Ztg. S. 899.
86. Tymylum trichloraceticum. Pharm. Ztg. S. 824.

Amat (1) berichtet über zwei Fälle von Unterschenkelgeschwüren, in denen er die Haut vom Hühnerei verwandte und damit ausgezeichnete Ergebnisse erzielte. (G.)

X.
Hydrotherapie, Luft- und Sonnenbäder.

Von Rossbach-München.

Literatur:

1. Bachmann, Die gesundheitliche Bedeutung des Luft- und Lichtbades. Blätter f. Volksgesundheitspfl. S. 92.
2. Blum, Rudolf, Über die Wirksamkeit der Mineralwassertabletten und der Würfel für Bäder mit Rücksicht auf ihren Kohlensäuregehalt. Therap. d. Gegenw. S. 479.
3. Bruhns, Bäderbehandlung bei Hautkrankheiten und Syphilis. XXVI. Vers. der Balneol. Ges.
4. Derselbe, Hydrotherapie bei Hautkrankheiten und Syphilis. Berliner klin. Wochenschr. S. 637.
5. Buxbaum, Béni, Über die Kombination physikalischer Reize und physikalisch-diätetischer Heilmethoden. Zentralbl. f. die ges. Therap.
6. Fellner, Leop., Zur physiologischen Wirkung der Kohlensäurebäder. Berl. klin. Wochenschr. S. 746.
7. Derselbe, Zur physiologischen Wirkung der kohlensauren Gasbäder. XXVI. Vers. der Balneol. Ges.
8. Grödel, Theo, Die physiologische Wirkung der Solbäder. Berliner klin. Wochenschr. S. 289.
9. Heubner. Über Badekuren im Kindesalter. XXVI. Vers. der Balneol. Ges.
10. Homberger, Ernst, Über die Wirkung der kohlensauren Bäder. Berl. klin. Wochenschr S. 680.
11. Homburger, Über die Wirkung kohlensaurer Bäder. XXVI. Versamml. der Balneol. Ges.
12. Kabierske und Schultze, Schwimmbäder und Brausebäder. 30. Jahresvers. des Deutsch. Vereins f. öffentl. Gesundheitspfl. (Diskuss.: O. Lassar, Fuss.)
13. Müller, Otfried, Über die Blutverteilung im menschlichen Körper unter dem Einfluss thermischer Reize. Deutsch. Arch. f. Med. Bd. 82. S. 547.
14. Posner, Bäderbehandlung bei Krankheiten der Harn- und männlichen Geschlechtsorgane. XXVI. Vers. der Balneol. Ges.
15. Strasburger, Jul., Über Blutdruck, Gefässtonus und Herzarbeit bei Wasserbädern verschiedener Temperatur und bei kohlensäurehaltigen Solbädern. Deutsch Arch. f. klin. Med. Bd. 82. S. 459.
16. Derselbe, Verlauf des Blutdruckes bei einfachen Wasserbädern und kohlensäurehaltigen Solbädern. Niederrhein. Ges. f. Natur- und Heilkunde in Bonn, 20. II.
17. Zucker, Alfred, Über neue künstliche Kohlensäurebäder. Deutsche med. Wochenschr. S. 107.
18. Darstellung von Schwefelbädern usw. D.R.P. Pharmazeut. Zeitung S. 1002.
19. Kohlensäurebad. Pharmazeut. Zeitung S. 167.

Bei frischer Gonorrhöe und akuter Urethrocystitis ist nach Posner (14) der Gebrauch von Mineralwassern kontraindiziert. Bei infolge der Entzündung des Blasenhalses andauerndem schmerzhaften Tenesmus ist vor allem die Ruhigstellung des Organes notwendig. Alles was irgendwie diuretisch wirkt, ist von Übel und schon jede Getränkezufuhr, namentlich aber der Gebrauch harntreibender Mittel erhöht die Beschwerden. Eine subakute oder chronische Urethritis indiziert in keiner Weise Brunnenkuren. Auch für die an Gonorrhöe sich anschliessende Prostatitis ist der Nutzen der so vielfach angepriesenen Jodtrinkquellen problematisch. Bei postgonorrhoischen, infiltrativen und

indurativen Prozessen sind gewisse hydriatische und balneotherapeutische Massnahmen von Wert: Die Kühlsonde von Winternitz, die Mastdarmkühlung nach Arzberger, Dammduschen u. dergl. einerseits, Sol- und Jodbäder, namentlich aber Moor- und Schlammsitzbäder andererseits. Dasselbe gilt auch für die nach akuter Epididymitis zurückbleibenden Infiltrate. Hier ist noch — neben Massage — namentlich von der auflösenden Wirkung der Moor- und Fango-Umschläge Nutzen zu erwarten. Bei subakuten und subchronischen Formen der Blasenkatarrhe sieht man oft günstige Erfolge nach Anwendung von Mineralwassern, namentlich der Alkalien und Erden, während bei chronischen Blasenkatarrhen die Anwendung der Mineralwässer höchstens als Unterstützungsmittel einer lokalen Therapie Nutzen bringen. Bei Prostatahypertrophie sollen weder Trink- noch Badekuren, noch Moor oder Fango irgend einen Einfluss haben. Ein höchst dankbares Feld für die Balneotherapie sind die Neurosen des Harn- und Sexualapparates, namentlich die Neurasthenia sexualis. Sehr wichtig ist die mit dem Anfenthalte an einem Badeorte bewirkte Psychotherapie. Zu warnen vor der unterschiedslosen Anwendung der Seeküste oder des Hochgebirges. (R.)

(5). Die Hydrotherapie bedient sich zur Erreichung ihrer Zwecke von jeher kombinierter Reize, d. h. des thermischen und mechanischen Reizes. Eine von Winternitz und seiner Schule schon lange geübte Methode ist die fliessende Rückenwaschung, d. i. die Kombination einer kalten, beweglichen Dusche mit nicht starkem Drucke längs der Wirbelsäule und Effleurage des Rückens. Die Temperatur des Wassers ist 10—12° R. Die Dauer der Prozedur 2—3 Minuten. Sie findet Anwendung bei Neurasthenikern, namentlich sexuellen Neurasthenikern. Hierher gehört auch die in der Dermatologie sehr häufig angewendete Kombination lokaler Dampfduschen mit Massage bei Acne vulgaris. (R.)

Bruhns (4) macht bei chronischem Ekzem Gebrauch von der schuppenlösenden und die Zirkulation befördernden Wirkung warmer Vollbäder und heisser Teilbäder. Bei lokalisierten Ekzemen, z. B. chronischem Handekzem mit Rhagaden und Schwielenbildung wirken kurzdauernde heisse Bäder von 40° C für 3—5 Minuten sehr günstig. Während Lassar bei Ekzem auch in akuteren Stadien viel baden lässt, warnt Bruhns hiervor und empfiehlt bei akutem Ekzem hydropathische Prozeduren nur, wenn das Brennen und Jucken ein sehr heftiges ist und zwar sollen häufig gewechselte kalte, manchmal auch heisse Umschläge für kurze Zeit angewendet, sehr lindernd wirken. Vorzügliche Erfolge wurden von Bruhns u. a. beobachtet, bei der Behandlung von Acne vulgaris und rosacea, chronischem, eiterigem und impetiginösem Ekzem, Sykosis parasitaria, Ulcus cruris mit strömendem Dampf. Die Heilung anregende und die jucklindernde Wirkung warmer Bäder mit Seifenwaschung und besonders Teerbäder sah Bruhns bei Lichen vidal oder Neurodermitis chronica. Sehr schöne Dienste leisteten durch ihre schuppenlösende Kraft die warmen Bäder bei Psoriasis und Ichthyosis, warme protrahierte Bäder sind sehr zu empfehlen bei Prurigo, Impetigo, Ekthyma und Furunkulose. Bei Ulcera cruris oder anderen chronischen Ulcera cutanea sind neben den bekannten lauwarmen Bädern mit und ohne Zusatz antiseptischer Lösung die ganz heissen Bäder oft besonders geeignet, die träge Granulationsbildung anzuregen. Von Kindler ist empfohlen, täglich ein oder mehrere Male etwa 2 l ganz heissen Wassers

durch einen Gummischlauch in dickem Strahl aus 2 m Höhe über das Geschwür laufen zu lassen. Bei Acne rosacea wendet Bruhns auch ganz heisses Wasser an, indem er auf die erkrankte Haut jeden Morgen 5—10 mal hintereinander immer wieder von neuem in ganz heisses Wasser eingetauchte Schwämme eine Minute lang auflegt. Ganz ausserordentlich beruhigend auf die Hautnerven wirkt ganz heisses Wasser bei Pruritus cutaneus, ebenso sind bei Pruritus ani ganz heisse kurzdauernde Sitzbäder oft von vorzüglichem Erfolge. Obwohl auch jetzt über die Wirkung von Bädern bei Syphilis nichts Positives bekannt ist und man, wie Mathes sagt, über die allgemeinen Vorstellungen einer Stoffwechselbeschleunigung, erfrischender und roborierender Wirkung einer guten Hautpflege vorläufig noch nicht hinauskommt, so lehrt doch die klinische Erfahrung, dass eine roborierende Badebehandlung durch Stärkung des ganzen Organismus diesen widerstandsfähiger macht gegen eventuelle neue Attacken der Syphilis. Auf die in den ersten Monaten der Erkrankung sich häufig zeigenden nervösen Erscheinungen wirkt man am besten ein durch kalte Abreibungen, wechselwarme Duschen oder Halbbäder. Bei tertiärer und maligner Lues soll man ja nicht die notwendige hydrotherapeutische Behandlung vorhandener ulzeröser Prozesse der Haut verabsäumen. Ganz besonders kommt bei der Lues maligna die roborierende Kraft geeigneter Badeprozeduren in Betracht, allerdings im Gegensatz zu früher nicht als Ersatz, sondern als Unterstützung für die gleichzeitige Quecksilberkur. Nicht als besonders empfehlenswert erachtet Bruhns Schwitzprozeduren während der Syphiliskur. Einer Behandlung der Syphilis in Badekurorten spricht Bruhns sehr das Wort und erinnert auch an die schönen Resultate bei den eigentlichen Hautkrankheiten in Karlsbad, Neuenahr, Vichy etc. (R.)

Nachdem Grödel (8) schon 1901 Versuche über die physiologische Wirkung der Solbäder angestellt hatte, deren Resultat ihm eine Nachprüfung wünschenswert erscheinen liessen, kam er jetzt durch eine neue Versuchsreihe zu folgendem Ergebnis:

> „Chlornatrium-, Chlorkalium- und Chlorkalziumbäder von verschiedener Konzentration und indifferenter Temperatur sind in ihrer Wirkung auf den gesunden Organismus nach keiner Richtung hin voneinander verschieden und üben keinen wesentlichen anderen Effekt aus als entsprechende Süsswasserbäder, wenigstens in bezug auf Körpertemperatur, Atem- und Pulsfrequenz, höchstens, dass man kleinere oder grössere Blutdruckschwankungen beobachten kann.“

Einige beigegebene Tabellen veranschaulichen diese Resultate, die, wie der Verf. zugestehen muss, wie auch alle früheren keine positiven sind. (R.)

Bei einfachen Wasserbädern wird nach Strasburger (16) stets ein dreiteiliger Typus der Kurve des systolischen Blutdruckes beobachtet, nämlich Ansteigen — Senkung — Ansteigen, von denen die mittlere Senkung am konstantesten ist. „Je kälter das Bad, um so ausgesprochener die Schlusssteigerung des Blutdruckes.“

Bei warmen Bädern (bis 40° C) pflegt der Blutdruck bei geringer Anfangssteigerung im ganzen tiefer zu sinken als bei kalten Bädern. Bäder gleich oberhalb des Indifferenzpunktes — 34—35° C — scheinen auf den Blutdruck regulierend zu wirken.

Ebenso finden sich unterhalb des Indifferenzpunktes von 34—36° C Pulsverlangsamung, oberhalb desselben Pulsbeschleunigung.

Der diastolische Druck wird als mit dem systolischen sich gleichsinnig bewegend erkannt, ohne diesem völlig parallel zu gehen.

Bei einfachen Wasserbädern unterhalb 40° C wird der Verlauf der Druckkurve vorwiegend durch das Verhalten des Gefässtonus bestimmt, besonders bei kalten Bädern ist der primäre Druckanstieg bezw. das darauffolgende Sinken eine Folge der Gefässkontraktion bezw. Erweiterung.

Die Herzarbeit ist bei Wasserbädern über 40° C stark vermehrt, unterhalb dieser Temperatur etwas erhöht resp. etwas herabgesetzt.

Für kohlensäurehaltige Solbäder ergeben sich keine wesentlichen Unterschiede, höchstens wird durch sie das Herz unter Vermehrung des Schlagvolumens zu grösserer Arbeit angeregt. (R.)

Müller (13) kommt am Ende seiner ausführlichen Arbeit, deren Einzelheiten im Original nachgelesen werden müssen, zu folgendem Endergebnis: Auf thermische Reize reagiert die gesamte Peripherie des Körpers in gleichem Sinne; Kaltreize bewirken eine Verengerung, Warmreize eine Erweiterung der peripheren Gefässe. Mittelst Plethysmographie und Partialwägung hat sich nun am Menschen selbst der Antagonismus der äusseren und inneren Gefässe nachweisen lassen: Auf thermische Reize reagieren die Gefässe der Eingeweide umgekehrt als die Gefässe der Peripherie.

Die Applikation thermischer Reize auf die Haut zeitigt entgegengesetzte Gefässreaktionen in den verschiedenen Stromgebieten wie die Applikation der gleichen Reize vom Magendarmkanal aus.

Die Grösse der Gefässreaktionen steht in direktem Verhältnis zur Temperatur des angewandten Reizes.

Die Untersuchungen erweisen, nach Ansicht des Verf., aufs neue, welch hohe Bedeutung den inneren Gefässen für die Bestimmung des Blutdruckes zukommt. (R.)

Die Abhärtung gegen Erkältung wird nach Bachmann (1) durch Lüftung der Haut am sichersten erzielt. Wir erkälten uns ja gewöhnlich nicht durch Wasser, sondern durch bewegte Luft, deren unser Körper durch allzu dichte Bekleidung ungewohnt geworden ist. Um gegen alle krankheitserzeugenden Einflüsse gestärkt zu sein, ist eine Wiederbelebung unseres Hautorganes durch seine Anpassung an die natürlichen Reize der Luft und des Lichtes notwendig. Es gilt also für uns und unsere Kinder das Luft- und Lichtbad und das Freiturnen zu pflegen. In dieser Einrichtung besteht eines der mächtigsten Mittel zur Hebung der Volksgesundheit. Unsere Haut ist ja nicht nur eine natürliche Bedeckung zum Wärmeschutz der tiefer gelegenen Teile, sondern ein höchst wichtiges Organ, welches mittelst seiner unzähligen Schweissdrüsen zur Wärmeregulierung und zur Entgiftung des gesamten Organismus dient. (R.)

XI.

Photo-Therapie.

Von **H. E. Schmidt**-Berlin, mit Beiträgen von **Merk**-Innsbruck und **Verrotti**-Neapel (im Auftrage von **De Amicis**-Neapel).

Literatur:

1. Amende, Die „Uviol"-Lampe. Dermatol. Zentralbl. S. 352.
2. Axmann, Die Uviolquecksilberlampe und Lichtbehandlung mittelst ultravioletter Strahlen. 77. Vers. Deutsch. Naturf. u. Ärzte, Abt. f. innere Med.
3. Derselbe, Lichtbehandlung mittelst bestimmter Strahlengruppen. Deutsche med. Wochenschr. S. 872.
4. Derselbe, „Lichtsalbenbehandlung" mittelst Wärmestrahlung. Deutsche med. Wochenschr. S. 1471.
5. Derselbe, Wundbehandlung mittelst ultravioletten Lichtes. Münchener med. Wochenschr. 5. Sept.
6. Bering, Fr., Über Verbesserungen der Finsen-Reyn lampe nebst Bemerkungen über Lupusbehandlung. Münch med. Wochenschr. S. 753.
7. Bie, Die Anwendung des Lichtes in der Medizin mit besonderer Berücksichtigung von Professor Finsens Lebenswerk. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann.
8. Breiger, Zu Axmanns Kritik der Lichttherapie. Deutsche med. Wochenschr. S. 1975.
9. Charton, F., De la méthode de Dreyer en photothérapie. Thèse de Lyon.
10. Doutrelepont, Histologische Untersuchungen über die Einwirkung der Finsen-behandlung bei Lupus. Deutsche med. Wochenschr. 10. August. S. 1260.
11. Edlefsen, Über die photodynamische Wirkung der fluoreszierenden Substanzen. (Diskuss.: Engelmann.) Biol. Abt. des ärztl. Vereins Hamburg 4. VII.
12. Derselbe, Weitere Untersuchungen über die Einwirkung des Sonnenlichtes auf fluoreszierende Substanzen. Münch. med. Wochenschr. S. 1967.
13. Derselbe, Zur photodynamischen Wirkung der fluoreszierenden Substanzen. Biol. Abt. des ärztl. Vereins Hamburg 21. XI.
14. Fleischmann, Paul, Die bei der Präzipitation beteiligten Substanzen in ihrem Verhalten gegenüber photodynamischen Stoffen. Münch. med. Wochenschr. S. 693.
15. German, Die bakteriologische Wirkung der Schreiberschen Quecksilberquarzlampe, mit Demonstration dieser Lampe durch Schreiber. Med. Gesellsch. in Göttingen 2. III.
16. Graud, Beiträge zur Einwirkung von Sonnenlicht und Röntgenstrahlen auf die Haut des Kaninchens. 34. Kongr. der Deutsch. Ges. f. Chirurg. III. Sitzg.
17. Grouven, Über das Prinzip und die Technik der Finsenbehandlung bei Hautkrankheiten, mit Demonstration der Finsen-Reynlampe. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. in Bonn 15. V.
18. Hauck, L., Über Lichttherapie bei Hautkrankheiten. Ärztl. Bezirksverein zu Erlangen. 20. III. (Diskuss.: Merkel).
19. Herz, Über Aërotherapie. 77. Vers. Deutsch. Naturf. und Ärzte, Abteil. für innere Med.
20. Huber, Hans, Weitere Versuche mit photodynamischen, sensibilisierenden Farbstoffen (Eosin, Erythrosin). Prüfung der Wirkung des Tageslichtes auf Lebensfähigkeit und Virulenz von Bakterien, auf Toxine und Antitoxine und auf das Labferment. Arch. f. Hygiene Bd. 54. S. 53.
21. Jodlbauer, A. und v. Tappeiner, H., Die Beteiligung des Sauerstoffs bei der Wirkung fluoreszierender Stoffe. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 82. S. 520.
22. Dieselben, Über die Beziehung der Wirkung der photodynamischen Stoffe zu ihrer Konzentration. Münch. med. Wochenschr. S. 2262.
23. Jones, H. L., On some new lines of work in electrotherapeutics. Lancet. 28. Oktober. S. 1236.

24. Klingmüller, V., und Halberstädter, L., Über die bakterizide Wirkung des Lichtes bei der Finsenbehandlung. Deutsche med. Wochenschr. S. 539.
25. Kunwald, Über die Behandlung der Kehlkopftuberkulose mit Sonnenlicht. Münch. med. Wochenschr. 10. Jan. S. 59.
26. Laqueur, August, Die therapeutische Verwendung der Licht-Wärmestrahlen. Berl. klin. Wochenschr. S. 475.
27. Meirowsky, Über die Wirkungen des Finsenlichtes auf Tätowierungen. Vorläufige Mitteilung. Monatshefte f. prakt. Derm. Bd. 40. S. 599.
28. Mezerette, De la compression en photothérapie. (Un nouveau compresseur mécanique enrégistreur.) Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie S. 315.
29. Sacharoff, G., und Sachs, H., Über die hämolytische Wirkung der photodynamischen Stoffe. Münch. med. Wochenschr. S. 297.
30. Schaefer, F., Eine neue elektrische Beleuchtungs- und Untersuchungslampe. Münch. med. Wochenschr. S. 460.
31. Schlachta, Julius, Zur chemischen Imitation der biologischen Strahlenwirkung. Münch. med. Wochenschr. S. 911.
32. Derselbe, Zur Theorie der biologischen Strahlenwirkung. Ges. f. innere Med. und Kinderheilk. in Wien, 25. V. (Diskuss.: L. Freund.)
33. Derselbe, Zur Theorie der biologischen Strahlenwirkung. Münchner med. Wochenschr. S. 1236.
34. Schmidt, H. E., Die Finsentherapie. (Die physikalischen Heilmethoden in Einzeldarstellungen, herausgegeben von Warburg.) Verlag von Deuticke, Leipzig und Wien.
35. Schulz, Frank, Experimentelle Beiträge zur Lichtbehandlung. Berl. klin. Wochenschr. S. 979.
36. Sorgo, Über die Behandlung der Kehlkopftuberkulose mit Sonnenlicht nebst einem Vorschlag zur Behandlung derselben mit künstlichem Lichte. Wiener klin. Wochenschr. 26. Januar. S. 87.
37. Sorrentino, G., Über die Möglichkeit der Sensibilisierung der Haut gegenüber Finsenlicht. Ital. Ges. der Dermat. und Syphilis, Dez. und Ital. Zeitschr. f. Haut- und Geschlechtskrankheiten 1906. Heft 1.
38. Steiner, Ludw., Erfahrungen bei Behandlung mit elektrischem Licht unter besonderer Berücksichtigung einer neuen Lichtsalbenbehandlung bei Hautkrankheiten. Münch. med. Wochenschr. S. 748.
39. Strebel, H., Gedankenaustausch mit Prof. Niels R. Finsen über Lichttherapie. Dermat. Zeitschr. S. 115.
40. Derselbe, Über kombinierte Behandlung des Lupus. Wien. med. Presse. 15. Okt. S. 2013.
41. v. Tappeiner, H., Bemerkungen zur Abhandlung von E. Mettler über die bakterizide Wirkung des Lichtes auf gefärbte Nährböden. Arch. f. Hygiene. Bd. 54. S. 49.
42. Derselbe, Über die Oxydation durch fluoreszierende Stoffe im Lichte und die Veränderungen derselben durch die Bleichung. Münch. med. Wochenschr. S. 2119.
43. Derselbe, Über das photodynamische und optische Verhalten der Anthrachinone Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 82. S. 217.
44. Veress, Franz v., Über die Wirkung des Finsenlichtes auf normale Haut. Monatshefte für praktische Dermatologie. Bd. 40. S. 429. (Siehe auch Abschnitt: Experiment. Dermatologie.)
45. Werner, Richard, Zur chemischen Imitation der biologischen Strahlenwirkung. Münch. med. Wochenschr. S. 691.
46. Wichmann, Paul, Ein technischer Beitrag zur Finsentherapie nebst Bemerkungen über Lupusbehandlung. Deutsche med. Wochenschr. S. 2013.
47. Mitteilungen aus Finsens Medicinske Lysinstitut. G. Fischer, Jena, 9. Heft.

Schulz (35) kommt auf Grund seiner interessanten und einwandfreien experimentellen Versuche an Tier und Mensch zu dem Schluss, dass erstens eine direkte bakterizide Wirkung des Lichtes im lebenden Gewebe noch nicht bewiesen ist, und dass zweitens die therapeutischen Erfolge nicht durch die Mitwirkung der Wärmestrahlen zustande kommen, sondern als reine Lichtwirkung aufzufassen sind. (S.)

Werner (45) konnte den Nachweis bringen, dass Lezithin, welches den Radiumstrahlen ausgesetzt und dann dem Körper einverleibt wurde, imstande ist, die biologische Wirkung der Radiumstrahlen zu imitieren.

Eine ähnliche „Aktivierung" baben hekanntlich Exner nnd Schulz nnd Hoffmann durch Röutgenhestrahlung des Lezithins erreicht. Der Verf. konnte ferner das Lezithin durcb Salzsäurepepsinbehandlung nnd auch durch Ozonisierung ebenso „aktiv" machen wie durch längere Bestrahlung. (S.)

Laqueur (26) erörtert die Bedeutung der Licht-Wärmestrahlen für die Therapie. Beim Glüblichtbad handelt es sich im wesentlichen um eine Schwitzprozedur. Nur ist die Wirknng der strahlenden Wärme eine andere als die der leitenden Wärme, welche hei den sonst üblichen Schwitzprozeduren zur Anwendung kommt. Der Scbweissausbruch ist im Glühlichtbade viel rascher und bei niedrigerer Temperatur (um ca. 18°) zu erzielen als bei anderen Schwitzmethoden. Die Anwendung erfolgt besonders bei der Fettsucht und beim Diabetes. Anch verschiedene Hauterkrankungen, bei denen meist lokale Bestrablung (durch Glühlichtlampen oder Bogenlichtscheinwerfer) vorgenommen wird, werden günstig heeinflusst, so die Fnrunkulose, Akne, Ekzeme, Ulcera cruris. Auch bei Neuralgien liegen gute Erfolge vor. Für die allgemeinen Sonnenlicbtbäder gelten dieselhen Indikationen wie für die Glühlichtbäder. Die lokale Sonnenlichtbestrablung (ohne Konzentration und ohne Ausschluss der Wärmestrahleu) ist in Samaden im Engadin, wo die Verhältnisse wegen der grösseren Strahlnngsintensität der Sonne besonders günstig liegen, von Bernhard bei schlecht heilenden Wunden, Skrofuloderm nnd Gelenktuberknlose, mit recht gutem Erfolge angewendet worden. Auch die von Sorgo inaugurierte Behandlung der Kehlkopftuherknlose mit reflektiertem Sonnenlicht muss hier genannt werden. Dass bei der Finsen-Behandlung des Lupus die Wärmestrahlen eine nennenswerte Rolle spielen, wie der Verfasser annimmt, hält Referent für nnwahrscheinlicb. (S.)

Bescbreibung eines Linsenkompressors zur Finsenbehandlung durch Mezerctte (28), der folgende Vorteile gewährt: Sicheres und energisches, langsames und fortschreitendes, endlich andauerndes nnd messhares Andrücken. (M.)

Die Metbode Sorreutinos (37) besteht darin, dass auf der zu hestrablenden Haut dreimal am Tage, an 3—4 Tagen hintereinander, $^1/_2$ Stnnde und mehr jedesmal, Kompressen, die mit wässeriger 15% Fowlersche Lösung getränkt sind, aufgelegt werden. Wenn dann eine erythematöse oder erythematös-papulöse Hautreaktion entstanden ist, so lässt man darauf das Strahlenbündel einwirken, und man erhält dann in den ersten 15—30 Minuten intensive phlygtänuläre Reaktionen (Lichtarsenreaktionen), die genau auf die bestrahlte Stelle beschränkt sind, während man im Gegensatz dazu bei einer nicht vorher in obiger Weise mit Arsen vorbehandelten Haut mit der gleichen Lichtqnelle (Wecbselstromhogen, 25—28 Ampere, 40—45 Volt und hei gleicher Belicbtungsdauer 15—30 Minuten) keine andere Reaktion als ein flüchtiges Erythem erhält. Die therapeutische Lichtarsenreaktion scheint tiefer und intensiver als die gewöhnlichen photo-therapeutischen Applikationen von 60—75 Minuten Dauer. Erst nach 6—30 Stunden der Strahlenwirkung tritt hierbei eine derartige Reaktion auf. Die besten Resultate erzielt man bei Lupus erythematosus, Lupus vulgaris exedens, hei warziger Hanttuberkulose Riehl—Paltauff, weniger gute bei Lupus vulgaris non exedens, überhaupt keine bei gesunder Haut, bei Area Celsi, Acne rosacea usw. Als Vorteile dieser Methode müssen gelten die Abkürzung der zur Lichtbehandlung nötigen Zeit, um 50 und mehr

Prozent, Verringerung der Unkosten, die Möglichkeit Hautstellen wirksam in Angriff zu nehmen, die entweder sehr empfindlich sind, oder unter der langen Kompression leiden. (V.)

Doutrelepont (10) fasst die Ergebnisse seiner histologischen Untersuchungen dahin zusammen, dass zuerst eine Erweiterung der Gefässe mit nachfolgendem Austritt von Serum und Leukozyten, die die Epidermis und besonders das tuberkulöse Granulom überschwemmen, eintritt. Die epitheloiden Zellen verfallen einer vakuolisierenden Degeneration. Das Endresultat der Lichtbehandlung bei Lupus dürfte in Nekrose der pathologischen Zellen und Neubildung von Bindegewebe entweder aus den Lymphozyten oder den restierenden Kernen der epitheloiden Zellen oder den fixen Bindegewebszellen zu suchen sein. Die Ergebnisse stimmen also im wesentlichen mit denen, welche Referent u. a. erhoben hat, überein. Die Bestrahlungen wurden mit der Finsen-Reyn-Lampe vorgenommen. Eine direkte bakterizide Wirkung hält der Verfasser für unwahrscheinlich. (S.)

Strebel (40) empfiehlt bei der Behandlung des Lupus zu individualisieren und — wie das ja wohl überall üblich ist — nicht jeden Fall von vornherein mit Finsen-Licht zu behandeln. Bezüglich der Einzelheiten muss auf das Original verwiesen werden; kurz erwähnt sei nur, dass der Verfasser für den Lupus tumidus zunächst die Röntgen-Bestrahlung oder auch die von ihm eingeführte Photo-Kaustik, die er besonders für die verruköse Form des Lupus als am geeignetsten hält, in Anwendung bringt. Erst nach Beseitigung der hypertrophischen Lupusmassen folgt Kohlenbogenlichtbehandlung der eventuell noch restierenden Knötchen. Auch für den Lupus exulcerans kommt in erster Linie die Röntgen-Behandlung oder die Eisenlicht-Bestrahlung in Frage, welche rasch zur Vernarbung führen; erst dann folgt die Kohlenbogenlichtbehandlung der in der Narbe noch vorhandenen lupösen Infiltrate. (S.)

Sorgo (36) berichtet über die von ihm angegebene, mit günstigem Erfolge ausgeführte Sonnenlichtbehandlung der Larynx-Tuberkulose. Die Sonnenstrahlen werden mittelst eines verstellbar angebrachten Toilette-Spiegels in den Rachen und von da durch den Kehlkopfspiegel in den Larynx reflektiert. Die Patienten lernen es sehr schnell, die Behandlung selbst vorzunehmen, sich zu „autolaryngoskopieren". Als künstliches Licht hält der Autor die parallel gemachten Strahlen der Finsen-Lampe für geeignet; die Behandlung kann dann ebenfalls von den Patienten selbst vorgenommen werden. Konvergente Strahlen dürften nach Ansicht des Verfassers nicht erforderlich sein, da auch schon parallele Strahlen auf den ja an Lichtreize im Gegensatz zur Haut nicht gewöhnten Larynx eine genügend starke Wirkung entfalten dürften. (S.)

Kunwald (25) berichtet über 14 Fälle von Larynxtuberkulose verschiedener Form, die mit einer Ausnahme durch die Sonnenlichtbehandlung erheblich gebessert wurden. Das Sonnenlicht wurde durch Spiegel in den Larynx dirigiert; die Patienten wurden sehr leicht dazu angelernt die Behandlung selbst vorzunehmen. (S.)

Axmann (2) hat 10 Fälle von „Fussgeschwür" (welcher Natur ist nicht angegeben) durch Bestrahlung mit der Schottschen „Uviol-Lampe" geheilt, und zwar in 3—8 halbstündigen Sitzungen (über die Entfernung der Lichtquelle von der Haut fehlt jede Angabe), die in einem Zeitraum von längstens vier Wochen verabfolgt wurden. Der Verfasser glaubt, dass für den Heilungsprozess die durch die Ultraviolett-

Strahlen hervorgerufene Ozonisierung der Luft von Wichtigkeit sei, da er die Beobachtung gemacht hat, dass sich venöses Blut nach der Bestrahlung hellrot färbt. (S.)

(47). Das 235 Seiten starke Heft enthält ansser einem Nachruf für Finsen eine Reihe experimenteller Arbeiten von Bnsck, Bie, Bang, Dreyer und Jansen und Schmidt-Nielsen, welche sich auf die bakterizide Wirkung des Lichtes, den Einfluss des Lichtes auf tierische Gewebe, auf die desinfizierende Wirkung des Wasserstoffsuperoxyds, auf die Pathogeneso des Buchweizen-Exanthems und anf die Wirkung konzentrierten elektrischen Lichtes und der Radiumstrahlen anf Chymosin (ein Enzym) boziehen. Auf Einzelheiten der ja weniger praktisch als theoretisch interessanten Studien kann an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden. (S.)

Bies Werk (7) (70 Seiten, 22 Abbildungen) enthält Abhandlungen über die Wirkung des Lichtes auf die Haut, die incitierende und psychische Wirkung, den Einfluss auf Stoffwechsel nnd Blut, die Wirkung auf Bakterien und die hygienische Bedeutung des Lichtes. Zum Schlusse wird die Behandlung bakterieller Hautkrankheiten mit konzentrierten chemischen Lichtstrahlen nach dem Vorschlage Finsens einer genauen, auch auf technische Details eingehenden Besprechung unterzogen. [Ausführliche Schilderung der Grundlage, Entwickelung und Bedeutnng der Finsen-Behandlung, insbesondere der praktisch-technischen Anwendung durch den Referenten (34).] (S.)

XII.

Röntgen-Therapie.

Von **Max Albrecht**-Berlin (mit Beiträgen von **Bernhardt**-Warschau, gemeinsam mit **v. Watrnszewski**-Warschau, von **Kreibich**-Prag, **Merk**-Innsbruck, **Rasch**-Kopenhagen und **Verrotti**-Neapel [im Auftrage von **De Amicis**-Neapel]).

Literatur:

1. Albers-Schönberg, Durch Röntgentherapie geheiltes grosses weiches Sarkom der Kopfhaut. Röntgenkongress.
2. Bauer, Heinz, Röntgen-Luftkühlröhre. Röntgenkongress.
3. Belot, J., Le facteur distance en radiothérapie. Arch. d'électricité méd. 10. April.
4. Bergonié, J., Nouvelle méthode de protection contre les rayons de Roentgen. Acad. des scienc. 5. Juni. T. 140, S. 1566.
5. Derselbe, Sur une nouvelle méthode de protection contre les rayons de Roentgen. Compt. rend. hebd. des Séanc. de l'Acad. des Scienc. Tome 140. S. 1566.
6. Boggs, R. H., The present status of Roentgen ray therapy. Med. Record 6. Mai.
7. Derselbe, The present status of Roentgen ray therapy. Med. Record. Vol. 67. S. 693.
8. Derselbe, Treatment of non-malignant diseases by the Roentgen rays. Med. News 6. Mai.

9. Breda, A., Radiotherapie in dem Radio-therapeutischen Institut zu Padna. Ital. Gesellsch. f. Haut- und Geschlechtskrankh. Doz. Ital. Zeitschr. f. Haut- und Geschlechtskrankh. 1906. H. I.
10. Buschke, A., und Schmidt, H. E., Über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf Drüsen. Deutsche med. Wochenschr. S. 495.
11. Cerné, A., et Cauchois, Notes de radiothérapie. Normandie méd. 1. Oktober.
12. Cohn, Max, Erfahrungen auf dem Gebiete der Therapie mit Röntgenstrahlen. Berliner klin. Wochenschr. S. 1211.
13. Contremonlins, G., Appareil de mesure des facteurs pénétration et quantité de rayons X, et totaliaateur radiophotométrique. Compt. rend. hebd. des Séanc. de l'Acad. des Scienc. Tome 141. S. 26.
14. Dalous, E., et Lassere, J., Sur le processus histologique des radio-épithélites, action des rayons X sur l'épiderme normal et sur les tissus épithéliomateux. Ann. de dermatol. et de syph. April. S. 305.
15. Daniel, Contribution à l'étude du traitement des cancers par la radiothérapie. Thèse de Bordeaux.
16. Dessauer, Friedr., Zur Frage der therapeutischen Dosierung der Röntgenstrahlen (Bemerkungen zu A. Köhlers Arbeit). Münch. med. Wochenschr. S. 417.
17. Derselbe, Ziele der Röntgentechnik. Röntgenkongress.
18. Diskussion über Röntgentherapie: Colley, Stein, Kraft, Grunmach, Hahn, Levy-Dorn. Röntgenkongress.
19. Douvre, E., Du traitement de quelques néoplasmes par les rayons X. Thèse de Lyon.
20. Foveau de Courmelles, Action atrophique glandulaire des rayons de Roentgen. Acad. des Scienc. 20. und 27. Febr. T. 140, S. 606.
21. Derselbe, Action atrophique glandulaire des rayons X. Compt. rend. hebd. des Séanc. de l'Acad. des Scienc. Tome 140. S. 606.
22. Frühauf, Röntgenstrahlen in der Therapie der Hautkrankheiten. Wissenschaftl. Verein der Militärärzte der Garnison Wien 13. III.
23. Gocht, Plastische Schutzmasken für die Röntgentherapie und Weckeruhr zur Unterbrechung des primären Stromkreises. Röntgenkongress.
24. Goff, W. P., The treatment of disease with the Roentgen rays. New York med. Journ. 24. Juni. Vol. 81, S. 1260.
25. Grosse, A. B., Uses and abuses of the X rays. Med. Soc. of the State of California. 18.—20. IV.
26. Halberstädter, Fälle mit Röntgenstrahlen behandelt. Breslauer dermat. Verein. 12. I.
27. Haret, Indications de la radiothérapie. Arch. d'électricité méd., 10. Oktober.
28. Helber, E., und Linser, P., Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf das Blut. Münch. med. Wochenschr. S. 689 (s. auch Abschnitt: Experiment. Dermatologie).
29. v. Hippel, E., Über eine neue biologische Wirkung der Röntgenstrahlen. Naturhistor.-med. Verein in Heidelberg. 31. X. (Disk.: Werner, Grund.)
30. Hirschberg, Max, L'héliothérapie du cancroide. Sem. méd., S. 491.
31. Holding, Arthur, A warning and a protector for X-ray workers. Med. Record. Vol. 67. S. 456.
32. Holzknecht, Durch Röntgenstrahlen geheilter Fall von Drüsenschwellung. Ges. der Ärzte in Wien. 14. IV.
33. v. Jaksch, Über Röntgendiagnostik und -Therapie. Verein deutscher Ärzte in Prag. 20. I.
34. Jonsen, C. E., Om röntgenstraalernes anvendelse i hudterapien. Ugeskrift for Laeger. 2. und 9. November. S. 1033 und 1058.
35. Imbert, A., A propos de la radiothérapie. Arch. d'électricité méd. 10. Jan.
36. Köhler, Alban, Röntgenröhre mit Vorrichtung zur therapeutischen Dosierung der Röntgenstrahlen. Münch. med. Wochenschr. S. 76.
37. Kozerski, Szkic współczesnej techniki rentgenoterapii z demonstracys odpowiednich aparatów. (Die moderne therapeutische Röntgentechnik. Demonstration des entsprechenden Instrumentariums.) Pamietnik Towarzystwu Lekarskiegs Warszawskiegs. Heft 4. S. 858.
38. Lassar, Über den Schluss von Karzinom-Wunden durch die Röntgentherapie. Dermatol. Zeitschr. S. 76.
39. Lehmann, W., Indications for Roentgen-Therapy. Med. Soc. of the State of California. 18.—20. IV.
40. Levy-Dorn, Die Entwickelung der Technik des Röntgenverfahrens. Deutsche med. Wochenschr. S. 675.

41 Linser und Holber, Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf das Blut im Tierexperiment. 34. Kongress der Deutsch. Ges. f. Chirurgie. III. Sitzg.
42. v. Mikulicz, J., Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Chirurgie. Deutsche med. Wochenschr. S. 657.
43. Monnier, A., Du rôle des rayons de Roentgen dans l'appréciation de la réduction de capacité de travail en matière d'accident. Gaz. méd. de Nantes. 3. Juni.
44. Morton, W. J., Radiotherapy and surgery, with a plea for preoperative radiations. Med. Record 25. März.
45. Murat, E., Sur l'immunité relative des sujets algériens à l'égard des rayons de Roentgen. Arch. des laboratoires des hôpit. d'Alger Juni.
46. De Nobele, J., Technique et applications de la radiothérapie. Arch. d'électricité méd. 25. September.
47. Prio und Comas, Indikationen zur Röntgentherapie. Röntgenkongress
48. v. Poehl, A. und v. Tarchanoff, J., Die Kombination der Radiotherapie mit der Organotherapie. Berliner klin. Wochenschr. S. 457.
49. Pusey, Wm. Allen, The therapeutic use of the X-ray: Three years later. Chicago med. Soc. 25. I.
50. Quadrone, C., Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Röntgenstrahlen; zweite vorläufige Mitteilung. Zentr.-Bl. für innere Medizin. 27. Mai, Nr. 21, S. 521.
51. Risse, Röntgenstrahlen. Über die mit Finsens Phototherapie etc. erzielten therapeutischen Resultate. Ital. Gesellschaft für Haut- und Geschlechtskrankh. Dez. Ital. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankh. 1906. Heft 1.
52. Russ, Über die bakterizide Wirkung der Röntgenstrahlen. Wissenschaftl. Verein der Militärärzte der Garnison Wien. 13. III.
53. Schein, M., Röntgenstrahlen in der Dermatologie. Pest. med.-chir. Presse. 8. und 15. Jan.
54. Schilling, Theod., Härtegradmesser für Röntgenröhren. Mittelfränkischer Ärztetag. 3. XII.
55. Schmidt, H. E., Die Röntgenstrahlen in der Dermatotherapie. Deutsche med. Wochenschr. S. 669.
56. Schmidt, Fälle erfolgreich röntgenisierter Hautkrankheiten. Röntgenkongress.
57. Schuhknecht, Paul, Untersuchungen über ultraviolette Fluoreszenz durch Röntgen- und Kathodenstrahlen. Annalen der Physik. Bd. 17. S. 177.
58. Sjögren, Prophylaktische postoperative Röntgentherapie. Röntgenkongress.
59. Strebel, Wirkung der äusseren Kathodenstrahlen. Röntgenkongress.
60. Über Röntgenbetrieb ohne Unterbrecher: Max Levy, Grisson, Koch. Röntgenkongress.
61. Unger, Auf welche Fälle ist die Röntgentherapie zu beschränken? Röntgenkongress.
62. Vaudet, P., Technique précise de radiothérapie; instrumentation pratique; thérapeutique. Thèse de Paris.
63. Walter, Über die Messung der Intensität der Röntgenstrahlen. Röntgenkongress. (Diskuss.: Kienboeck, Klingelfuss, Cowl, Köhler, Holzknecht, Kowalski, Dessauer, Hennig.)
64. Walter, B., Über die Köhlersche Röntgenröhre mit Vorrichtung zur therapeutischen Dosierung der Röntgenstrahlen. Münch. med. Wochenschr. S. 609.
65. Wende, Grover W., The pathological action of the Roentgen rays. Buffalo Acad. of Med. 10. I. (Diskuss.: Dunham, Baylisa.)
66. Werner, Richard, Zur Kenntnis und Verwertung der Rolle des Lezithins bei der biologischen Wirkung der Radium- und Röntgenstrahlen. Deutsche med. Wochenschr. S. 61.
67. Wichmann, Gefensterter Schutzmantel für Röntgen-Therapieröhren. Röntgenkongress.
68. Wichmann, P., Neue Röntgenröhre. Ärztl. Verein in Hamburg. 18. IV.
69. Derselbe, Zur Röntgentherapie. Münch. med. Wochenschr. S. 1636.
70. Williams, E. G., Principles governing the technic of Roentgen ray therapy. Med. News 13. Mai.

Köhler (36) geht von der Erfahrungstatsache aus, dass die von einer Röhre produzierten Röntgenstrahlen, die der Antikathode gegenüberliegende Glaspartie in einem ganz bestimmten Verhältnis zur Erwärmung bringen. Die Erwärmung der fokalen Partie (die der Antikathode gegenüberliegende Stelle der Glaswand) steht im proportionalen Verhältnis

zum therapeutischen Effekt. Bringt man an jener Stelle ein Thermometer an, so ist man imstande durch Ablesung einen Schluss auf die therapeutische Wirkung zu ziehen. Diese Vorrichtung ersetzt nicht das chromradiometrische Verfahren Holzknechts, noch die Freundsche Methode der Bestimmung der Strahlenquantitäten mittelst in Chloroform aufgelösten Jodes, welches unter aktinischer Einwirkung eine rote Färbung annimmt und damit quantitativ bestimmt werden kann. Diese bei Hirschmann in Berlin-Pankow hergestellte Spezialröhre eignet sich nicht zum Betriebe mit elektrolytischem Unterbrecher. (A)

Dessauer (16) weist nach, dass die Annahme der Proportionalität zwischen Wärme der Glaswand und Kathodenstrahlung, wie Alban Köhler angegeben hat, irrig ist. Das Mass der Erwärmung hängt vielmehr im wesentlichen ab von der Form der sekundären Entladung, der Entladungskurve, und diese ist bedingt durch alle Faktoren, die den Röntgenapparat zusammensetzen. Das Ensemble ihrer Wirkung und die Art der Energiequelle, aus der der Apparat gespeist wird, sind massgebend für die Entladungskurve. Die der Antikathode zugeführte Wärme lässt sich in zwei Teile zerlegen: normale Wärme, welche durch Aufprall der Kathodenstrahlung erzeugt wird, und schädliche Wärme, welche durch Abweichung der effektiven von der idealen Entladungskurve bedingt ist. Dieser letztere Umstand ist so schwerwiegend, dass eine Dosierung nach Alban Köhler für therapeutische Zwecke ausgeschlossen ist. (A.)

Walter (63) behauptet, dass die Ursache der Erwärmung der der Antikathode gegenüberliegenden Glaswand in der Hauptsache auf einem dort sich abspielenden Vorgang, der sogenannten Glasstrahlung (durch sekundäre Kathodenstrahlen bedingt) beruht. (A.)

Kozerski (37) schildert die moderne Röntgentechnik bei der Therapie der Hautleiden. Der Vortrag bringt nichts Neues. (B. u. W.)

Die vorgenommenen Tierversuche Quadrones (50) zeigten, dass es unter der Einwirkung der Röntgenstrahlen zu einer Vermehrung der hämolytischen Zytase komme, und dass diesen Strahlen ausgesetzte Tiere eine auffällig gesteigerte Resistenz gewissen für sie pathogenen Keimen gegenüber aufwiesen (Meerschweinchen gegenüber Typhus und Diplokokken, Mäuse gegen Diplococcus und Tetragenus.) (K.)

Ein etwa 2 cm im Durchmesser haltendes Epitheliom an der Wange eines 75jährigen wurde von Dalons und Lasserre (14) exkochleiert und neun 5-, bis 3- und 4stündigen X-Bestrahlungen innerhalb 7 Wochen ausgesetzt. Es kommt zur Reaktion und das Hautstück wird exzidiert. Die gesunde Haut zeigt Verschwinden der Papillen, Atrophie des Epithels, Verschmächtigung des Rete Malpighi, Vakuolisierung der Zellen. Die Veränderungen im Epitheliom sind folgende: Die periphersten Zellen der Kankroidläppchen verschwinden; die Stachelzellen vakuolisieren; die Hornschicht kaum verändert; zwischen den Läppchen starke zelluläre Infiltration. Das Bindegewebe ist ödematös; in den erweiterten Maschen liegen Krebs- und Bindegewebszellen; in geringer Entfernung vom Tumor nehmen die reaktiven Erscheinungen im Bindegewebe rasch ab; das Fett ist unverändert. Die Autoren glauben verständlich gemacht zu haben, dass die Krankroeide weniger leicht durch X-Strahlen zu beeinflussen sind, als die Basozellularkrebse (Ulcus rodens). (M.)

Die Versuche Helbers und Linsers (28) wurden an Ratten, Kaninchen und Hunden vorgenommen. Nach einer gewissen Bestrahlungsdauer tritt ein Absinken der Leukozytenzahl ein. Je grösser das Tier, um so langsamer erfolgt die Reaktion des Blutes auf die Strahlung.

Die eintretende Leukopenie resp. Aleukozytose ist nicbt anf Retention von Leukozyten in einem Körperorgan zurückzufübren. Zuerst tritt eine Abnahme der Lymphozyten ein. Es ist anzunebmen, dass die Lenkozyten im Kreislauf abgetötet werden; sodann kommt es zn einer Insuffizienz der blutbildenden Organe. Bezüglich der roten Blutkörperchen ist zn berichten, dass erst längere Zeit nacb Beginn der Bestrahlung eine Verminderung derselben eintrat (Anaemia simplex). Die Zahlen der Blutplättchen bleiben konstant. Bei den vorgenommenen Autopsien stellte es sich heraus, dass die Nieren ansnahmslos unter dem Bilde einer akuten Nepbritis erkrankt waren, die nicbt durcb direkte Strablenwirknng bedingt ist. Über die Todesursache der bestrablten Tiere kann nichts Bestimmtes gesagt werden. Die Nierenentzündnngen können bierbei eine Rolle spielen, auch mag mangelhafte Alcxinwirknng von Bedeutung hierfür sein. (A.)

Radiotherapie: 5 Fälle Rissos (51) von Epitbeliom bei Kranken von 60—78 Jahren. Der in Anwendung gezogene Apparat (Erlangen) hatte Quecksilberunterbrecher und 40 cm Funkenlänge. Die Röhren waren hart und weich mit starker nnd scbwacher Antikathode und der Kranke befand sich 10 cm von der Röhre entfernt. Die ersten Sitznngen von 5—8 Minuten Dauer wurden täglich ausgefübrt; wenn auf der kranken Hant sicb eine starke Reaktion zeigte, so wurde die Behandlung unterbrocben, und es wurden Borwasserumschläge verordnet. Das erkrankte Gewebe verschwand in etwa 14 Tagen; auf scbwache Granulationen wurde die Strablenbehandlung noch weiter fortgesetzt, indem eine harte Röbre mit schwacher Antikathode ein um den anderen Tag benutzt wurde. Heilung aller 5 Kranken.

Pbototherapie: seit 1901 kam der Apparat von Lortet und Jenouel zur Verwendnng. Dauer der Sitzung nicht unter 1 Stunde. Von den Kranken mit Lnpus vnlgaris, die lange Zeit behandelt wurden (2 Jahre), zeigten einige, wenn auch wenige, keine Rezidive; andere Geheilte liessen sich nicht wieder seben. In einem Falle von Lupus nodularis, der auf von frühereu cbirurgiscben Eingriffen berrührenden Narben rezidiviert war, zeigte sich aucb eine Scbrumpfung des üppig wuchernden Narbengewcbcs nnd nach 2 Jabren eine Heilung der lupösen Knötchen und eine völlige Rückbildung der Narbenkeloide. In 2 Fällen von Lnpus erythematosus genügten wenige Sitzungen, um die Krankheitserscheinungen zum Schwinden zu bringen. Nacb 1 Monat jedoch trat ein Rezidiv auf und eine weitere Ausbreitung an der Peripherie der ersten Flecke. (V.)

Vom 1. April bis 15. Dezember 1905 wurden nach den Mitteilungen von Breda (9) mit Röntgenstrahlen behandelt a) 3 Hantkrebse, 1 Krebs der Wangenschleimbaut, 12 Lupus vulgaris, 4 Lupus erythematosus, 4 Favns, 2 Trichopbytien. Die Hautkrebse (oherflächliche papilläre Epitheliome) heilten jeder mit 8 Sitznngen, Gesamtbestrablung erforderte der erste 80 Minnten, der zweite 40, der dritte 60 Minuten. Bei Lnpus vulgaris trat in einem Falle ganz rapider Rückgang der Knötcbcn (Lupus tumidus) auf, aber es erfolgte hinterher eine erneute Bildung von zahlreichen Tubcrkelknotcn, in einem anderen Falle brauchten die durch die X-Strablen hervorgcrufcnen Zcrstörungen 5 Monate, um sich wieder auszugleichen, in 4 Fällen beschleunigte man die Heilung durcb plastische Operationcn. Es scheint, dass die beste Bchandlnng in einer Reibe von 3—5 Minuten währenden Sitznngen mit 8—15tägigen Zwischenräumen besteht, wobei man jede Zerstörung vermeidet, und nur eine gelinde

Radiodermitis hervorruft. Bei Lupus erythematosus ist diese Strahlenbehandlung sehr zu empfehlen; in 2 Fällen setzte eine narbige Schrumpfung ein. Bei Favus trat nicht konstant Depilation auf, auch liess sich die Neubildung von Favusscheiben nicht vermeiden. Einen besseren Erfolg scheinen die beiden jetzt noch in Behandlung befindlichen Fälle von Trichophytie zu haben.

Radium mit 60000 Radiumaktivität wurde in 4 Fällen von Lippenkrebs angewandt; es erfolgt lebhaft Reaktion, sonst nichts weiter. Bei einem fast ringförmigen flachen Nävus, bei einem 15 Monate altem kleinen Mädchen riefen 17 Sitzungen von 10—40 Minuten Dauer und von insgesamt 8¹/₄ Stunden Abblassung und Abbröckelung, sowie das Auftreten von hellfarbigen Pünktchen hervor, ungefähr von der Farbe der umgebenden gesunden Haut. (V.)

Zwei Gruppen von Krankheiten lassen sich nach Cohn (12) durch Röntgenbestrahlung günstig beeinflussen: Die mit grosser Milz einhergehenden Blutkrankkeiten, lymphatische Geschwülste und bösartige Tumoren. Bei Leukämie tritt in allen Fällen nach kurzer Zeit auffallende Besserung des Allgemeinbefindens ein. Die Milz geht langsam zurück. Ein Fall ist seit 6 Monaten ohne Rezidiv. Mit der zunehmenden Vergrösserung geht eine Verdickung der Milzkapsel einher. Der Krankheitszustand bessert sich nur bedingt.

Technik der Bestrahlung: harte oder exzessiv harte Röhren, 10 bis 20 cm Entfernung, 10—15 Minuten Belichtung. Verfasser hat zwei Drüsentumoren belichtet (Pseudoleukämie). Die zur Behandlung kommenden Karzinome sind 1. Hautkarzinome, 2. operable Karzinome von Patienten, die sich nicht operieren lassen wollen, 3. ulzerierte Krebsrezidive und irroperable Tumoren. Kankroide bestrahlt er zuerst weich, dann härter, dann nach einiger Zeit wieder weicher. Adenome der Mamma sollen nicht behandelt werden, solange der Tumor mit fester, dicker Haut bedeckt ist. Schlussfolgerung: symphatische und myelogene Leukämie werden sehr oft nicht nur bezüglich des Schwindens der subjektiven, sondern auch der objektiven Symptome beeinflusst. Noch besserer Erfolg ist zu konstatieren bei pseudoleukämischen Zuständen und Sarkomen, welche ihren Ausgang vom lymphatischen Apparat nehmen. Kankroide sind am günstigen für Strahlenbehandlung. Karzinome geben, sobald sie die Tendenz zum Tiefergehen zeigen, und wenn sie von gesunder Haut bedeckt sind, keinen Erfolg. (A.)

Jensen (34) liefert einen ausschliesslich referierenden Artikel über Technik, Indikationen und Resultate der Behandlung. (R.)

XIII.

Radium-Therapie.

Von **P. Wichmann**-Hamburg (mit Beiträgen von **Ostwalt**-Paris und **Török**-Budapest).

Literatur:

1. Abbe, Robert. Action du Radium sur quelques tumeurs particulières. Le Radium, Paris Nr. 2.
2. Derselbe, A tumor of the eyelid treated with radium. The practit. Soc. of New York 7. IV.
3. Derselbe, The practical use of radium. Med. Soc. of the County of New York 27. III. (Diskuss.: Richard.)
4. Altmann, Die lokale Behandlung der Prostatahypertrophie mit den radioaktiven Thermen in Gastein. Wiener klinische Wochenschr. Nr. 49. S. 1295.
5. Axmann, Ein neues Radiumpräparat zu medizinischen und technischen Zwecken. (Radiophor). 77. Vers. Deutsch. Naturf. und ..rzte, Abt. f. innere Med.
6. Derselbe, Über Radioaktivierung und ein neues Radiumpräparat (Radiophor). Deutsche med. Wochenschr. S. 1192.
7. Béclère, Sur l'emploi thérapeutique des sels de Radium. „Le Radium", Paris Nr. 2.
8. Béclère, A., Note sur l'emploi thérapeutique des sels de radium. Arch. d'électricité méd. 25. März.
9. Bergell, Peter, Über Radioaktivität. Deutsche med. Wochenschr. S. 1394.
10. Blaschko, Erfahrungen mit Radiumbehandlung. Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. Sitzg. 13. XI. 05.
11. Blauel, C., Experimentelle Untersuchungen über Radiumwirkungen. Beitr. z. klin. Chir. Bd 45. S. 141.
12. Braunstein, Sur le rôle de l'émanation du Radium et son emploi. „Le Radium", Paris Nr. 8.
13. Braunstein, Über die Bedeutung der Radiumemanation und ihre Anwendung. 34. Kongr. der Deutsch. Ges. f. Chir. III. Sitzg.
14. Braunstein, A., Über die Bedeutung der Radiumemanation und ihre Anwendung. Therap. d. Gegenw. S. 201.
15. Cybulski, N., Materya promienista jako srodek leczniczy. Gaz. lekarska, 18. März. (Das Radium in der Therapie.)
16. Danlos, L'introduction du radium dans la thérapeutique des affections cutanées. Soc. Méd. des Hôp. 3. u. 10. Febr.
17. Darier, Des applications médicales du radium. (Über Anwendung des Radium in der Medizin.) Bulletin et Mémoires de la Société Française d'Ophtalmologie S. 206.
18. Derselbe, Traitement de l'épithelioma superficiel par le radium. „Le Radium", Paris Nr. 9.
19. Dautwitz, F., Beitrag zur biologischen Wirkung der radioaktiven Uranpecherzrückstände aus St. Joachimsthal. 77. Vers. Deutsch. Naturf. u. Ärzte, Abt. f. innere Med.
20. Defosses, Le Radium en thérapeutique. Presse méd. Nr. 16.
21. Halkin, L'action des rayons du radium sur la peau. Premier congrès pour l'étude de la radiologie et de l'ionisation, ref. nach „le Radium".
22. Justus, J., Radiummal való tapasztalatok. (Erfahrungen über das Radium.) Gyógyászat Nr. 34.
23. Justus, Jakob, Mit Radium behandelte Kranke. Budap. Kgl. Ges. der Ärzte. Sitzg. v. 28. Jan. Ref.: Pest. med.-chirurg. Presse S. 560.
24. Lassar, Neue Beiträge zur günstigen Wirkung des Radiums auf Hautkrebse. Berl. med. Ges. 28. VI. (Diskuss.: v. Bergmann, Blaschko.)
25. Lehmann, L., Recherches sur l'action thérapeutique du radium. Thèse de Paris.

26. London, E. S., Action physiologique de la radioactivité faible. „Le Radium" Nr. 12.
27. Derselbe, Weitere Untersuchungen über Radiumwirkung. Berliner klinische Wochenschr. S. 1336.
28. Marquès, H., Le radium et les corps radioactifs; propriétés physiques et biologiques; applications thérapeutiques. Montpellier méd. 8. u. 15. Jan.
29. Morton, Fluorescence artificially produced in the human organism by the X ray, by radium and by electric discharges as a therapeutic method. Journal of the American Medical Association. 1. April. Vol. 44, S. 1009.
30. Morton, William J., Radiotherapy and surgery, with a plea for preoperative radiations. Med. Record. Vol. 67. S. 443.
31. Okada, Über den Einfluss der Radiumbestrahlung auf Muskeln und periphere Nerven. Arbeiten aus dem neurolog. Inst. an der Wien. Universität.
32. Philips, Wendell C., Experiments with radium emanations. Med. Soc. of the County of New York 27. III.
33. Piffard, A few more words concerning radium with special reference to the alpha rays and to the emanation. Med. Soc. of the County of New York 27. III.
34. v. Pöhl und v. Tarchanoff, Die Kombination der Radiotherapie mit der Organotherapie. Berliner klin. Wochenschr. Nr. 16, S. 457.
35. Rehns und Salmon, Traitement du cancer cutané par le radium. „Le Radium", Paris Nr. 7.
36. Schmidt, H. E., Über bleibende Veränderungen nach Radiumbestrahlung und ihre Bedeutung für die therapeutische Anwendung der Becquerelstrahlen. Deutsch. med. Wochenschr. S. 1758.
37. Thies, Anton, Wirkung der Radiumstrahlen auf verschiedene Gewebe und Organe. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Medizin und Chirurgie. S. 694. (Siehe auch Abschnitt: Experim. Dermatol.)
38. Umfrage über die Behandlung des Krebses mit Radium angeregt von der Redaktion der „Medizinischen Klinik" Berlin Nr. 13.
39. Werner, Richard, Über Radiumwirkung auf Infektionserreger und Gewebsinfektion. Münch. med. Wochenschr. S. 1625. (Siehe auch Abschnitt: Experim. Dermatol.)
40. Derselbe, Zur chemischen Imitation der biologischen Strahlenwirkung. Münch. med. Wochenschr. Nr. 15. S. 691.
41. Derselbe, Zur Kenntnis und Verwertung der Rolle des Lecithins bei der biologischen Wirkung der Radium- und Röntgenstrahlen. Deutsche medizinische Wochenschr. S. 61.
42. Derselbe, Zur lokalen Sensibilisierung und Immunisierung der Gewebe gegen die Wirkung der Radiumstrahlen. Deutsche med. Wochenschr. S. 1072 u. 1111.
43. Wichmann, P., Wirkungsweise und Anwendbarkeit der Radiumstrahlung und der Radioaktivität auf die Haut mit besonderer Berücksichtigung des Lupus. (Diskuss.: König, Unna, Delbanco, Dreuw). Biolog. Abteil. des ärztl. Vereins Hamburg, 5. XII. (Siehe auch: Vortrag, gehalten auf der Versamml. Deutsch. Naturforscher und Ärzte zu Meran.)

Bergell (9) bespricht den Nachweis der Emanation in Mineralwässern und berichtet über Apparate, welche dazu dienen sollen beim Abfüllen der Wässer die sonst schnell entweichende Emanation zu erhalten. (W.)

Blauel (11) stellte an normalen Geweben und Geschwülsten Untersuchungen über die histologischen Veränderungen an, die die Radiumbestrahlung bewirkt. An der Niere zeigt sich völliger Untergang der Nierenepithelien, späterhin auch des Stützgewebes und der Kapillaren. Bei menschlichen Karkinomen und Sarkomen gehen nur die spezifischen Geschwulstzellen unter, Bindegewebe und Gefässe bleiben erhalten. Die Tiefenwirkung beträgt höchstens etwas über 1 cm; primäre Gefässschädigungen wurden nie beobachtet. Die Radiumstrahlen sind ein für alle Gewebe schädliches Agens, doch erliegen die höher differenzierten Zellen, besonders die Epithelien im normalen Gewebe, die Geschwulstzellen im Geschwulstgewebe einer solchen Schädigung früher. (W.)

Dnrch Radinmstrahlung verändertes Lezithin ruft nach Werner (40) bei intrakutaner Injektion eine Dermatitis hervor, welche der durch die Radiumstrahlen erzengten vollständig gleicht. Unbestrahltes Lezithin wird reaktionslos vertragen. Der Einwurf, dass es sich nm einen Übertritt von Emanation ans der Radiumkapsel in das Lezithin, also um eine Emanationswirkung handle, wurde dnrch den negativen Ausfall zahlreicher Kontrollversuche mit anderen die Emanation sicher aufspeichernden Mitteln erreicht. Eine ähnliche Beeinflussnng des Lezithins gelang anch durch Bestrahlung mit Röntgenstrahlung, durch Anwendung der Salzsäure-Pepsinverdauung und nachherige Nentralisierung der Lösnng, endlich durch Ozonisiernng einer alkoholischen oder Olivenöl-Lösung von Lezithin. Die Rolle des Lezithins im Körper nach der Bestrahlung gestaltet sich nach des Autors Auffassung wahrscheinlich so, dass es durch die Strahlen oder das von denselhen gebildete Ozon zersetzbarer gemacht oder direkt abgebaut wird, wahrscheinlich aber sodann von den Fermenten angegriffen und weiter zerstört wird. Hierbei würden Sauerstoffüberträger frei, die ihrerseits wieder den Prozess zu propagieren vermögen. (W.)

Wie mit Radinmstrahlung, so lässt sich anch mit Röntgenstrahlen Lezithin „aktivieren", weniger gut gelang dieses Werner (41) durch Erwärmung, gar nicht durch Tageslicht nnd dnrch Verreiben des Lezithins in physiologischer Kochsalzlösnng. Das bestrahlte Lezithin ist für autolytische Fermente leichter angreifbar. Dieser Vorgang scheint sich auch in den bestrahlten Körperzellen abzuspielen. Die in dieser Hinsicht angestellten Tierversnche lassen hoffen, dass man die Wirkung der Radium- und Röntgenstrahlen dnrch Injektionen „aktivierten" Lezithins wird ersetzen können. (W.)

Die Emanation der radioaktiven Rückstände schädigt nach Dautwitz (19) das Wachstum und die Sporifikation von Aspergilleu und Penicillien. Auch wird die Farbstoffbildung von Bac. pyocyaneus und prodigiosus, von Sarcina lntea nnd rosea gestört, manchmal vollkommen verhindert; bei ersterem wird auch das Vermögen Gelatine zn verflüssigen durch die Emanation dieser radioaktiven Snbstanz ganz erhehlich beeinträchtigt. Mit dem mittelst der Rückstände hergestellten radioaktiven Wasser sind in Form der Bäderverabreichung bei chronischem Rhenmatismus nnd Arthritis an der II. med. Klinik zu Wien gute Erfolge erzielt worden. (W.)

London (26) hat Versuche über die Wirkungen schwacher Radiumbestrahlungen angestellt, indem er entweder die Bestrahlung nnr sehr kurz vornahm oder dieselhe aus grosser Entfernung längere Zeit einwirken liess.

Eine Minimalzeit von 1/4 Minute Bestrahlungsdauer war bei Verwendnng von 18 mg Radiumbromür notwendig, um am menschlichen Vorderarm eine länger dauernde braunrote Verfärbung zu erzeugen. Autor brachte ferner 25 mg Radiumbromür 31 cm über dem Boden eines Käfigs an und beobachtete die in demselben untergebrachten Kaninchen längere Zeit unter diesem Einfluss der Strahlung. Etwa 1/2 Jahr nach dem Beginn des Versuchs begannen die Tiere an Gewicht abzunehmen und eine Schwächung der Geschlechtsfunktionen zn zeigen. Lokale Veränderungen liessen sich bereits nach 18 Tagen an der Haut nachweisen und zwar an den Ohren und am Rücken; diese Veränderungen nahmen allmählich das Aussehen schwerer Verbrennungen an. Vom 8. Monat ab bestand Parese der Hinterläufe, Augenspiegelnntersuchnng

ergab Retinitis und Neuritis optica. Nach 13 bezw. 14 Monaten starben die beiden Versuchstiere. Die Autopsie ergab starke Atrophie und Narbenbildung des subkutanen Bindegewebes der Haut des Rückens, ausgedehnte schwere Veränderungen der inneren Organe (Erweichung des Herzmuskels; in Leber-, Milz-, Hoden-Ovarien Schrumpfungsprozesse etc.). Mikroskopisch seien der Schwund der Follikel und Trabekel in der Milz, die Leukozytenarmut in den Lymphdrüsen, Atrophie der Nierenepithelien, völliger Schwund der Hodenepithelien, Schwund der Graafschen Follikel bis auf geringe Reste, hervorgehoben. — Diese Arbeit stellt die erste Untersuchung über langdauernde schwache Einwirkung der Radiumstrahlung dar. (W.)

Schon bei minimal kurzer Anwendung kleiner Radiummengen auf die menschliche Haut treten nach London (27) Veränderungen in derselben auf. Untersuchungen an Kaninchen ergaben auch eine beträchtliche Fernwirkung. Diese Wirkung tritt am stärksten an der Haut, der Milz, den Geschlechtsorganen und Nervenelementen der Tiere auf. Die Radiumstrahlen lassen das Granulationsgewebe nicht nur intakt, sondern fördern dasselbe sogar in seinem Wachstum. (W.)

Die verschiedensten Organe von Meerschweinchen und Mäusen, gesunde menschliche Haut wurden von Thies (37) der Bestrahlung unterzogen.

Die Gefässe der Haut werden dilatiert, es folgen Kernveränderungen in den Wandschichten. Die sich in der Haut entwickelnde Zerstörung dringt staffelförmig in die Tiefe, in ihrer Ausdehnung der aufgelegten Kapselfläche entsprechend, ein Umstand, der für direkte Strahlenwirkung und gegen sekundäre Vorgänge durch Gefässveränderung oder Lezitbinbeeinflussung spricht. An der Grenze der Zerstörung ist Epithelwucherung auffallend, die quergestreifte Muskulatur erleidet körnigen Zerfall, die Faszie zeigt Zerfall der Bindegewebszellen und erfährt späterhin Verdickung durch Wucherung jungen Bindegewebes. Ähnlich sind die Verhältnisse beim Knorpel. Leberzellen werden zerstört. Die Milz wird lymphozytenarm, desgleichen die Lymphdrüsen. Die Hoden erfahren Degeneration. Sehr widerstandsfähig ist das elastische Gewebe. (W.)

Bestrahlung von Schweinehaut durch Halkin (21) ergab: Am dritten Tag: Ausdehnung der Kapillaren; am siebenten Tag: Schwellung der Endotbelzellen; am zwölften Tag: Degeneration derselben in Form vakuolisierender Degeneration, Infiltration der Haut, Undeutlichwerden der Grenze zwischen Epithel und Corium, die Zellkerne der letzteren schlecht färbbar. Nach 5—22 Tagen: Ulzerationen im Zentrum der Bestrahlung, Degeneration der Zellen des Rete Malpighii. (W.)

An den Muskeln zeigt sich nach Okada (31) leichte fettige Entartung, am Nerven trotz ein bis zweimaliger Bestrahlungen von je 24 Stunden keine Besonderheit. (W.)

Durch vorausgegangene Injektionen von Eosin und von Lezithin, namentlich wenn letzteres bestrahlt, „aktiviert" war, wird nach Werner (42) die Reaktion des Gewebes und die Tiefenwirkung erheblich gesteigert. Noch stärkere Sensibilisierung lässt sich erreichen, wenn man vor Anwendung der Strahlung eine entzündliche Reaktion erzeugt, wie solche durch chemische, thermische, mechanische Reize, Stauung zustande gebracht werden kann. Da die Zerfallsprodukte bestrahlter Leukozyten hierbei wesentlich mitwirken, so würde sich die Injektion leukozytenanlockender Mittel (Terpentinöl, Nukleinsäure) empfehlen. Will man Gewebe bei der Bestrahlung schonen, so kann man sie umgekehrt auch

durch länger fortgesetzte chemische, thermische, mechanische Reize widerstandsfähiger machen; auch die Radiumstrahlen selbst immunisieren gegen weitere kleinere Dosen, indem sie zu Zellhypertrophien führen. (W.)

Axmann (5) hat mit Hilfe der Firma Beiersdorf & Co. ein „radioaktives Dauerpräparat" hergestellt, welches in Form einer Masse zum Überzug von Flächen, Sonden, Instrumenten etc. verwendet werden kann. Es enthält die Wirkungen der α-, β-, γ-Strahlen, „wahrscheinlich" auch die der Emanation. Das Präparat kann vollkommen reizlos in Geschwülsten und Körperhöhlen eingebettet werden und bietet daher neben seinem verhältnismässig billigen Preise einen Vorteil vor der sonst üblichen Methode der Bestrahlung. — (Das Präparat erweist sich als eine feinste Verteilung von Original-Radium, welches in verhältnismässig sehr geringer Menge in einer grösseren Masse, die als Überzug dient, suspendiert ist. Die Wirkung ist dementsprechend schwach. Referent). (W.)

Das Präparat stellt nach Axmann (6) eine radioaktive feste, aber schneid- und knetbare Masse dar, welche zum Überziehen von Flächen, Sonden u. dergl. benutzt werden kann und so in Körperhöhlen, Geschwülsten leicht applizierbar ist. Alle Wirkungen des Radiums können, wenn auch erst nach längerer Zeit, mit dem Radiophor hervorgerufen werden. (Das Präparat erweist sich als feinst verteiltes Radiumbromid in einer Suspensionsmasse. Referent). (W.)

Infolge von Radiumbestrahlungen treten, wie H. E. Schmidt (36) sah, nach Ablauf der Dermatitis nach etwa sechs Monaten in der narbig atrophischen Haut Teleangiektasien auf, namentlich am Rand der Narbe. Wie Autor glaubt, handelt es sich hier nicht um eine Erweiterung präexistenter Kapillaren, sondern um eine Neubildung von Gefässen, die einen kompensatorischen Vorgang darstellt. (W.)

Morton (29) bezeichnet als künstliche Fluoreszenz Kombinierung der Bestrahlung mit Verabreichung eines durch die Strahlung zur Fluoreszenz gebrachten internen Mittels. Das fluoreszierende Mittel gibt die Basis für die Heilung ab, während die Strahlung nur zur Erzeugung der Fluoreszenz dient. A. verabreicht eine Fluoreszinlösung oder Asknlinlösung der Chininbisulfatlösung. Hier sollen nur die Erfolge bei Lupus, bei Lymphomen hervorgehoben sein, die Morton als sehr zufriedenstellend bezeichnet. (W.)

Braunstein (13) hat mit radioaktiven Lösungen, die durch Abdestillieren von Radiumlösungen gewonnen waren, Einspritzungen in Karzinome gemacht sowie radioaktives Wismut per os verabreicht. Er beobachtete Verkleinerung der Tumoren, einmal Verflüssigung derselben. Die Verwendung der Emanation enthaltenden Lösungen hat den Vorteil vor der Radiumbestrahlung voraus, dass dieselben sich leicht in die Tiefe des Gewebes deponieren lassen und die gesunden Gewebe nicht geschädigt werden (? Referent). Streptokokken und Typhusbakterien werden in ihrem Wachstum gehemmt; ferner ist des Einflusses auf die Fermentwirkung (des Pankreatin, Pepsin) zu gedenken. (W.)

Die Emanation wirkt gewebeanflösend, bakterizid und die Wirkung von Fermenten steigernd. Braunstein (12) brachte durch Injektionen von stark emanationshaltigem Wasser, welches durch Destillation von Radiumlösung gewonnen war, Tumoren zur Auflösung. (W.)

Die Radiumstrahlen bestehen nach Béclère (7) zum grössten Teil aus solchen, die mit weichen Röntgenstrahlen verglichen werden können, ihre Wirkung ist daher sehr wenig tiefgehend, mithin die therapeutische Anwendung nur für sehr oberflächliche Krankheitsprozesse geboten. — (Die Schlussfolgerung ist unzutreffend, da wir gelernt haben die tiefergehende Strahlung des Radiums voll auszunutzen. Referent). (W.)

Die Radiumstrahlen können nach Werner (39) auf Bakterien nicht nur tötend, sondern auch entgiftend wirken ohne die Eignung der letzteren zur Immunisierung aufzuheben. Die unter dem Einfluss der Radiumstrahlung zugrunde gehenden Körperzellen verschiedenster Art sind imstande bakterizide Eigenschaften zu entwickeln, was bei den gewöhnlichen autolytischen Prozessen nicht oder nur in viel schwächerem Masse der Fall zu sein scheint. (W.)

Defosses (20) erläutert einen von Armes de Lisle konstruierten Apparat zur Anwendung des Radiums, welches hier auf einem Metallplättchen mit Firnis befestigt ist. Das Plättchen ist beweglich auf einem Stiel angebracht, wodurch eine bequeme Anwendung in Körperhöhlen gestattet ist. (W.)

Die physikalischen Untersuchungen Wichmanns (43) beziehen sich auf die Absorptionskraft, welche die normale menschliche Haut, ihre einzelnen Schichten, sodann das pathologische Gewebe der Radiumstrahlung gegenüber darbieten. Die menschliche Haut (Epidermis und Kutis) in 4 mm Schichtdicke absorbiert über $^2/_3$ der Gesamtstrahlung, welche eine mit Glimmerverschluss versehene Radiumkapsel aussendet. Wird durch Hinzufügung des subkutanen Fettgewebes die Schichtdicke auf 8 mm verdoppelt, so steigt die Absorptionsmenge nur um ein Geringes, nämlich noch nicht um 2%. Die Epidermis allein absorbiert noch nicht $^1/_{10}$, die Kutis weitaus von allen Schichten der Haut den grössten Teil der Strahlung. Pathologisches Gewebe absorbiert ceteris paribus die Strahlung in weit höherem Masse als normales (beispielsweise Lupus 66,7% gegen 31,7%). Je tiefer eine Gewebsschicht gelegen, um so weniger Strahlung gelangt zur Absorption. Dieses Quantum bestimmt sich nicht nur nach der Tiefe und Art der tiefliegenden Gewebeschicht, sondern hängt vor allem von der Absorptionskraft der zwischenliegenden Medien ab. — Durch von bestrahltem pathologischen Gewebe (Lupus) gewonnene Exzisionen ergibt sich, dass bei der üblichen Form der Kapselauflage auf die Haut die biologische Tiefenwirkung infolge des ungünstigen Verhältnisses der Absorption in oberer und tieferer Schicht sich als ungenügend herausstellt, ein Mangel, der durch Verwendung von Filtern, welche die leicht absorbierbare und die Oberfläche schädigende Strahlung abfangen, behoben werden kann. — Die histologischen Untersuchungen über den Einfluss der Radiumstrahlung ergaben im Gegensatz zu Halkin und Strassmann keine frühzeitigen Schädigungen der Gefässintima. Kommt neben der Strahlung auch noch der Einfluss der Emanation auf das Gewebe zur Geltung, wie solches bei Injektion von Radiumbromidlösung in die Gewebe der Fall ist, so fällt das überaus reichliche Auftreten von Plasmazellen auf. — Injektionen von radioaktivem Baryumsulfat, sowie Applikation der Emanation ergaben keine therapeutisch verwertbaren Resultate. (W.)

Bericht Blaschkos (10) über Erfolge der Radiumbehandlung bei Hautkarzinomen, Naevis, Angiom, Lupus, Psoriasis, Ekzem, Lupus erythematodes, roter Nase, Keloid. (W.)

Ausser beim Epitheliom rühmt Darier (17) die Heilwirkung des Radiums bei Lupus und bei Trachom.

In der Diskussion bemerkt Valnde, dass er bei bösartigen Geschwülsten (Epithelioma) keine guten Erfolge mit Radium erzielt habe, wohl aber bei gutartigen. So habe z. B. bei einem Papilloma eine einzige Auflegung eines stark radioaktiven Röhrchens während 10 Minuten zum Abfallen des Tumors geführt. (O.)

Justus (23) hat mehrere Gefässnaevi, darunter auch einen handtellergrossen, 1—2 cm über das Hautniveau hervorragenden, mit Radium behandelt. Heilung mit glatter narbiger Oberfläche. Auch drei oberflächliche Epitheliome wurden mit Radiumbehandlung zum Schwinden gebracht. Im Anschlusse hieran berichtet Havas über erfolgreiche Behandlung von Naevis und Sarcoma idiopathicum multiplex, Schein über seine Erfolge mit der Radiumbehandlung bei Naevus teleangiektodes und bei Blutgefässektasien nach Röntgenbestrahlung. (T.)

Dauernde Heilerfolge von Abbe (1) bei Warzen, Ulcus rodens, Lupus. Ein Riesenzellensarkom des Unterkiefers wurde durch die Bestrahlung verkleinert. Autor führte ein in Glasrohr eingeschlossenes Radiumpräparat in Einschnitte, die in den Tumor gemacht wurden, ein. Bei einem Brustkrebs wies Autor mikroskopische Degenerationsherde nach, die von der bestrahlten Stelle aus mehrere Millimeter in die Tiefe gingen. (W.)

Auf Grund der Umfrage über die Behandlung des Krebses mit Radium, angeregt von der Redaktion der „Medizinischen Klinik“ (38) berichtet

1. Perthes-Leipzig über Behandlung von 4 ca. linsengrossen Kankroiden an Nase und Augenlid. In zwei Fällen erscheint die Heilung als vollständig, in einem weiteren wurde von neuem bestrahlt, im vierten musste operiert werden.
2. Wichmann-Hamburg berichtet über Heilerfolge bei flachem Hautkrebs, der aber auch durch Ätzmittel zu beseitigen gewesen wäre. Es versucht durch Injektion schwacher Radiumbromidlösung bei tieferen Prozessen Erfolge zu erzielen.
3. Klingmüller-Breslau betont, dass sich nur die kleineren und oberflächlich gelegenen Karzinome zur Behandlung eignen, dass auch diese Behandlung nicht vor Rezidiven schützt.
4. Hildebrand-Berlin hat bei regionären Hautmetastasen keinen Erfolg von der Radiumbehandlung gesehen.
5. Exner-Wien berichtet über die Heilung eines ausgedehnten Karzinoms der Wangenschleimhaut, das bereits nach aussen durchgebrochen war. Nach Exkochleation energische Bestrahlung der Wundhöhle. Verheilung. Nach 1 Jahr noch kein Rezidiv.
6. Blaschko-Berlin sieht in der Behandlung des Karzinoms durch Radium keine nennenswerte Bereicherung des therapeutischen Arsenals.
7. Blauel-Tübingen berichtet über einzelne Erfolge bei kleinen oberflächlichen Epitheliomen. Bei tieferen Karzinomen liess die Methode im Stich.
8. Werner-Heidelberg führt an, dass nur bei zwei ganz oberflächlichen Epitheliomen des Gesichtes eine eklatante Heilwirkung zu konstatieren war, in den übrigen Fällen blieb die Hauptmasse der Geschwulst intakt. Behandelt wurden 34 Patienten mit 45 verschieden lokalisierten Affektionen. (W.)

Lassar (24) demonstriert Patienten, Monlagen, Pbotograpbien und betont die relative Ungefährlicbkeit der Radinmbehandlnng. Die kosmetiscben Resultate sind sehr gut. Kombination mit Röntgenbehandlung oder mit Arsenmedikation ist oft empfeblenswert. Erfolg der Behandlnng ist teils Heilung, teils erbebliche Besserung. — Von Bergmann glaubt, dass bei kleinen Kankroiden Erfolge durch Radinm zu erzielen sind. Blaschko hat mit Radinm Naevi, Angiome, gewisse Formen von Lupns bebandelt. (W.)

Heilung eines Falles von progredientem Hautkrebs am Oberlid und der Caruncnla lacrimalis. Es wurde von Darier (18) Radium benutzt, das auf Kupferblättchen befestigt ist, da alle Bedecknngen nacb des Autors Ansicbt die Wirknng sebr abscbwächen. Keine schädlichen Folgen durch Narbenzng oder andere Scbädigungen. (W.)

In acht Fällen von Epitbeliom wnrde das Radium dreimal wöcbentlich, anfangs 10 Minnten, später je eine balbe Stunde von Justns (22) appliziert. Die Tumoren verkleinerten sich rascb. Die Radiumwirkung ist keine tiefgreifende. Aus diesem Grunde ist die Aussicbt anf Heilung eine um so günstigere, je oberflächlicber nnd je kleiner das Epitheliom ist. Die klinischen nnd bistologischen Varietäten des Epithelioms reagieren auf die Radiumbehandlung in gleicher Weise. Die Narben sind dünn. Die Behandlung ist schmerzlos. (T.)

Ein Lippenkrebs nnd ein Hautkrebs des Nasenflügels wurden von seiten Rebns und Salmons (35) durch Radinmapplikation gebeilt. Sitzungsdaner bis zn 30 Minuten. (W.)

In sehr einfacher Weise lässt sich nach v. Pöhl nnd v. Tarchanoff (34) die Radiumemanation einer Radinmbromidlösung auf Watte fixieren, wie der abgebildete Apparat zeigt. Solcbe Watte mit verschiedenen Organpräparaten znsammengebracbt erzeugt radioaktive Organpräparate, die therapentiscbe Verwendung in Form von subkutanen Injektionen finden können. Als am meisten mit Emanation beladen erwies sich von den Präparaten des Pöblscben Instituts das Mammin. (W.)

Altmann (4) bat die radioaktive Therme per rectnm als Klysma und als Blasenspülnng mit Zurücklassung von 50—100 ccm Wasser in der Blase angewandt. Fast durcbweg ergibt sicb eine Volnmenverminderung der Prostata, die Autor durcb Depletion, Atrophie der drüsigen Bestandteile erklärt. Die Blase wird in ihrem Tonns gehoben; vermöge der bakteriziden Kraft der Therme werden entzündlicbe Znstände in derselben günstig beeinflusst. Vermöge der analgetischen Wirkung der Radioaktivität werden Schmerzen besänftigt. Die funktionelle Besserung (Herstellung der normalen Urinentleernng) geht mit der anatomischen Besserung Hand in Hand, ohne dass sich natürlich beide immer decken. Eine Reibe von Krankengeschichten illustrieren diese Behandlungserfolge. (W.)

XIV.

Mikroorganismen der Haut.

Von Haas-Hamburg (mit Beiträgen von Kanitz-Klausenburg, gemeinsam mit v. Marschalkó-Klausenburg, Feliks Malinowski-Warschau und Rusch-Innsbruck).

Literatur:

1. Fischel, Richard, Bemerkungen zu den Methoden der Mikroorganismenfärbung von Waelsch und von Kraus. Arch. f. Dermat. und Syph. Bd. 76. S. 399.
2. Krzysrtatowicz, Über das Verhalten des Streptococcus bei der Bildung von Hautveränderungen. Przeglad lekarski. Nr. 40.
3. Plaut, Über den Wert der In-situ-Methode für die Erkennung der Erreger von Hautkrankheiten. Biol. Abt. des ärztl. Vereins Hamburg, 14. III.
4. Preis, Karl, Az emberi szervezetben előfordnló saválló bacillusokról. (Über die im menschlichen Organismus vorkommenden säurefesten Bazillen.) Orvosi Hetilap. Nr. 34.
5. Richter, Pathogene Fadenpilze und deren Züchtung nach Plaut-Hamburg. Med. Ges. zu Chemnitz, 12. IV.
6. Schuberg, August und Schröder, Olaw, Myxosporidien aus dem Nervensystem und der Haut der Bachforelle. Arch. f. Protistenkunde. Bd. 6. S. 47.
7. Vincent, H., La symbiose fuso-spirillaire. Ses diverses déterminations pathologiques. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. 4e série. Tome VI. S. 401.

Richter (5) gibt einen zusammenfassenden Vortrag; nichts Neues. (H.)

Abkürzung der (auf der Weigertschen Fibrinfärbung beruhenden) Waelschschen Mikroorganismenfärbung von seiten Fischels (1) durch Erwärmung der Differenzierungsflüssigkeit, des 1% salzsauren Anilins, so dass die Waelschsche Methode nicht mehr die durch die Differenzierung notwendige Unterbrechung von 2—8 Stunden erfährt, sondern in continuo und in toto in 10—15 Minuten an Paraffinschnitten und 15—20 Minuten an Schuppen und Haaren ausgeführt werden kann.

Die Methode ist der Krausschen (mit Methylenazur) für Schnitte überlegen, da sie eine Doppelfärbung gestattet. (H.)

Ausführliche Beschreibung zweier neuer Formen von Fischparasiten durch Schuberg und Schröder (6): der eine wurde im Nervensystem der Bachforelle und von den Verfassern als Myxobolus neurobius, der andere in der Haut als Henneguya nüsslini bezeichnet. (H.)

Es werden von Vincent (7) zunächst die morphologischen und biologischen Charaktere des Bacillus fusiformis und eines mit ihm in Symbiose lebenden Spirillus beschrieben, die unter Umständen die verschiedensten pathologischen Prozesse, Bildung von Pseudomembranen, Nekrose, Gangrän oder Eiterungen hervorrufen können. Die Mannigfaltigkeit der pathologischen Veränderungen hängt von ihren verschiedenen Virulenzgraden, hauptsächlich aber von der verschiedenen Disposition der befallenen Gewebe ab.

Der Bacillus fusiformis bat die Gestalt einer Spindel, ist 6—12 μ lang, ist unbeweglich, vermehrt sich durch Teilung und wächst auf den verscbiedensten Nährböden unter Entwickelung eines fötiden Geruches.

Der Spirillns ist sehr dünn, bewegt sich mit grosser Lebhaftigkeit und lässt sich nicht kultivieren. Beide färben sicb nacb Gram nicht. Ihr gemeinsames Vorkommen ist derart konstant, dass sie von einigen Autoren als verschiedene Entwickelnngsstadien einer nnd derselben Mikrobe erklärt wurden, was aber Verfasser bestreitet. Bei rapid verlaufenden Ulzerationsprozessen finden sicb relativ viele, bei langsamer fortschreitenden verbältnismässig spärliche Spirillen.

Der Bacillus fusiformis ist weit verbreitet, ist ein konstanter Bewohner der Mnndhöble und des Verdauungstraktes gesunder Menschen und Tiere und findet sich wie der Tetanusbacillns auch im Erdboden. Für den gesnnden Menscben ist er nicbt patbogen, wie Verfasser durch Antoinokulation nacbweisen konnte; in Gemeinscbaft aber mit anderen pathogenen Mikroorganismen, die ihm gleicbsam das Terrain vorbereiten, oder an Geweben anderweitig geschwäcbter oder kacbekiscber Individuen vermag er die ausgedehntesten Zerstörungen nnd Eiterungen hervorzurufen. Nach Verfasser ist er allein oder in Gemeinschaft mit dem Spirillus der Erreger des Hospitalbrandes, des Tropengescbwüres, der Vincentscben Angina, der Stomatitis ulcero-membranacea, der Noma, gewisser Fälle von Lungengangrän, ferner die Ursache bestimmter Eiterungen und Abszessbildnngen. (R.)

Plant (3) gelang es bei fünf verschiedenen Mykosen durcb seine In-situ-Methode die Art zu bestimmen: dem Tricbophyton oidiopboron, der Katzentricbophytie, bei Favus des Menschen und der Maus und bei Mikrosporon canis. Die Methode (ausführlich bescbrieben im Zentralblatt für Bakteriologie XXXI 1902, p. 213) kann jeder praktiscbe Arzt sicb aneignen und gestattet unter Umständen die gezücbtete Art in kurzer Zeit — im demonstrierten Falle in 7 Tagen — zn bestimmen. Sie gelingt nur bei friscbem, unbebandelten Material. (H.)

Preis (4) fasst das Ergebnis seiner Untersuchnngen in folgendem zusammen:

1. Die in 2 Fällen von Perifolliculitis suppur. (Róna) in den kutanen nnd subkutanen Abszessen aufgefundenen grossen Mengen von säure-alkoholfesten, den Tuberkelbazillen sehr ähnlichen Bazillen sitzen nicht in den perifollikulären, entzündlichen Herden, sondern bloss im Inhalte der Follikel, als Folge des dort angestauten, stagnierenden Hautsekretes, von wo sie sicb dann leicht dem Eiter der perifollikulären Abszesse heimengen. Es gelang nicht, die Bazillen zu züchten, sie erwiesen sich für Tiere nicht pathogen. Mit der Hauterkrankung selbst stehen sie nicbt einmal im entferntesten kausalen Nexns.

2. Säurefeste Bazillen kommen anf der Hant unter physiologischen Verhältnissen vor, doch besonders dann, wenn es entweder durch Berührnng zweier Hautflächen oder aus irgend einem anderen Grunde zur Stauung des Sekretes der Haut kommt. Das ist besonders häufig bei den in Fällen von torpider Skrofulose bestehenden Hautbrücken und Taschen der Fall.

3. Im Smegma der Genitalien finden sich nur in mässiger Menge säurefeste Bakterien, die sicb nach Entfettung des Präparates mit 30% Salzsäure-Alkobol-Lösung ausnahmslos entfärben. (M. n. K.)

Krzysrtatowicz (2) beschreibt 2 Fälle: Im ersten Falle bildet sich ein Abszess an der Stelle der Verwundung des Fingers, darauf trat Lymphdrüsenvergrösserung, Rötung der Extremität und endlich ein aus kleinen durchsichtigen Bläschen zusammengesetztes Exanthem auf. Krzysrtatowicz kultivierte aus dem Inhalte dieser Bläschen Streptokokken.

Im zweiten Falle züchtete Krzysrtatowicz aus Ekthyma ebenfalls Streptokokken. (F. M.)

XV.

Akute Exantheme.

Von **Kerschensteiner**-München (mit Beiträgen von **Alexander**-Berlin, **Bernhardt**-Warschau, gemeinsam mit **v. Watraszewski**-Warschau, **Góngora**-Barcelona und **Schiele**-St. Petersburg).

Literatur:

1. Aubry, P., L'épidémie de variole à l'hospice Saint-Jacques en 1904—1905. Gaz. méd. de Nantes. 18. und 25. November.
2. Audeoud, H., L'épidémie de rubéole à Genève. Januar-April. Rev. méd. de la Suisse rom. Juli.
3. Arnaud, P., La rougeole en 1904 à la Charité, chez les filles. Thèse de Lyon.
4. Ayer, J. C., A study of fifteen cases of erysipelas treated by injections of antistreptococcus serum. Med. Record. Vol. 67. S. 325.
5. Ballico, E., Sul valore del sintomo di Koplik nella diagnosi precoce del morbillo. Pediatria. November.
6. Bahrdt, H., Beobachtungen über Rötelnepidemien. Münch. med. Wochenschrift. S. 940.

6a. Barannikof, J., Nabjudenija o skarlatinoobrasnom Wysype (Beobachtungen über scharlachähnlichen Ausschlag). Russkij Wratsch (Der russische Arzt). 30.

7. Belin, J., Günstige Wirkung des Xylols bei Blattern. Société médicale des hôpitaux Paris. 20. X.
8. Borga, Fr. Garriga, Marmoreksches Serum beim Erysipel eines Neugeborenen. La med. de los niños. Juli.
9. Bentzon, G. E., Unempfänglichkeit für Masern im Säuglingsalter. Norsk Magazin for Lägevidenskab. Nr. 7.
10. Bott, Joseph, Ein weiterer Beitrag zur Ätiologie der Varicellen. Wiener med. Wochenschr. S. 473.
11. Bing, A., Les taches de Koplik; leur importance pour le diagnostic et la prophylaxie de la rougeole. Thèse de Paris.
12. Bleibtreu, Leopold, Zwei seltene Beobachtungen bei Scharlach (II. Striae nach Scharlach). Münch. med. Wochenschr. S. 1767.
13. Derselbe, Zwei seltene Beobachtungen bei Scharlach. Münch. med. Wochenschrift. S. 1767.
14. Blin, Variole et vaccination à Mayotte. Ann. d'hyg. et de méd. colon. Juli, August, September.
15. Böing, H., Epidemiologisches: Pocken und Cholera. Allg. med. Zentr.-Ztg. 4 und 11. November.
16. v. Bokay, J., Meine neueren Erfahrungen über das Mosersche polyvalente Scharlachserum. Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 62. Heft 3. S. 428.
17. Bolton, C. and Brewer, D., A case of extensive cutaneous diphtheria with an examination of the nervous system. Lancet. 29. April. S. 1130.

18. Bonhoff, H., Die Spirochaete vaccinae. Berliner klin. Wochenschr. S. 1142.
19. Born, W., Über die Behandlung des Erysipels mit Ungt. Credé. Therapie der Gegenw. S. 191.
20. Bouché, George, Ein komplizierter Fall von Erysipel. Allgem. Wiener med. Zeitg. p. 159.
21. Brüning, Herm., Über die Bedeutung der Koplikschen Flecke für die Diagnose und Differentialdiagnose der Masern. Deutsche med. Wochenschr. S. 384.
22. Bukowski, R., Über das Mosersche Scharlachserum. Wiener klinische Wochenschrift. Nr. 48. S. 1277.
23. Bulloch, William, The principles underlying the treatment of bacterial diseases by the inoculation of corresponding vaccines. Practitioner. Vol. LXXV. S. 589.
24. v. Celebrini, Emil, Ein Beitrag zur Epidemiologie der Blattern. Wiener med. Wochenschr. S. 761.
25. Cherdin, M., Rechutes de la rougeole. Thèse de Paris.
26. Chebaïew, N., Erysipel des Larynx, mit Erfolg behandelt durch Trecheotomie. Voienno med. Journ. Dezember.
27. Cheinisse, L., L'identité de la „quatrième maladie" avec la „rubéole scarlatineuse". Sem. méd. S. 145.
28. Derselbe, Une cinquième maladie éruptive: le mégalérythème épidémique. Sem. méd S. 205.
29. Cnopf, Über den Einfluss des roten Lichtes auf Scharlachkranke, welcher im Nürnberger Kinderspital beobachtet wurde. Münch. med. Wochenschr. S. 1540.
30. Cohn, M., Schulschluss und Morbidität an Masern, Scharlach und Diphtherie. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl. S. 64.
31. Councilman, W. T., Some general considerations on the pethology of smallpox. Amer. Medicine. 21. Oktober.
32. Davidsohn, Anatomische Präparate eines Pockenfalls und mikroskopisches der angeblichen Pockenerreger (Cystoryctes vaccinae). Berl. med. Ges. 1. II.
33. Davidsohn, Carl, Tödlich verlaufener Pockenfall. Berliner klin. Wochenschrift. S. 635.
34. Detot und Bourcart, Untersuchungen über die Agglutination des Streptococcus beim Scharlach. Revue mensuelle des maladies de l'enfance Febr. u. März.
35. Dohereuer, Gustev, In der Mitteilung von Prof. Franke über Erysipelbehandlung (mit Bemerkung hierzu von Franke). Therap. Monatsh. S. 143.
36. Doehle, Über Pocken, Masern und Syphilis. Physiologischer Verein in Kiel. 22. V.
37. Dufour, Die Ernährung beim Scharlach. Société médicale des hôpitaux. 2. und 9. Juni. Diskussion: Comby, Béclère, Siredey, Dufour.
38. Duval, Ch. W., Die Protozoen des Scharlachfiebers. Virchows Archiv. Bd. 179. Heft 3. S. 485.
39. Elgin, W. F., Production of enimal vaccine. Americ. publ. health Assoc. 9—13. I. (Disk.: Bernaldez, Vicente de la Guardia).
40. Escherich, Fall von Vaccinia generalisata. (Vaccinosis.) Ges. f. innere Medizin und Kinderheilk. in Wien, pädiatr. Sekt. 8. VI. (Diskuss.: Gust. Riether, Friedjung, Norh. Swoboda.)
41. Fede, F. et Durante, D., Sulla specificita della varicella. Pediatria. Dezbr.
42. Floyd, Rolfe, Erysipelas with an excessive production of fibrin. Med. Record. Vol. LXVII. S. 615.
43. Derselbe, Erysipeles with an excessive production of fibrin. Med. Record. 22. April.
44. Fornaca, L., Traitement de l'érysipèle par le sérum de convalescents de cette effection. Sem. méd. S. 354.
45. França, Carlos, Zur Kenntnis der durch die Pest verursachten Hautläsionen. Zeitschr. f. Hygiene und Infektionskrankh. Bd. 52. S. 129.
46. Franke, Ein Beitrag zur Frage der Kontagiosität des Erysipels. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 178. Heft 1—3.
47. Freymuth, Über Scharlach in klinischer und therapeutischer Beziehung. Ärztl. Verein in Danzig. 23. II. (Diskussion: Petruschky, Ginzberg, Böttcher.)
48. Gabrilowitsch, A., Über einige Besonderheiten des Scharlachs. Vratcheb. Gaz. 10, 17 et 24 September.
49. Gallnzzi, A., Enfisema sottocutaneo generalizzato durante il corso di una bronco-pneumonite morbillosa. Gazz. degli Osped. 12. Oktober.

50. Gaucher et Druelle, Quelques cas de tuberculose cutanée, consécutive à la rougeole. Gazette des hôpitaux. Nr. 59. S. 699.
51. Girard, Un cas d'érysipele chez une enfant de trois mois; infection généralisée; guérison. Limousin méd. August.
52. Goepp, R. Max, A case of malignant scarlet fever. Philadelphia pediatric Soc. 14. III.
53. Derselbe, A case of necrotic stomatitis following measles and pneumonia. Amer. Journ. of the Med. Scienc. August. Vol. 130, S. 304.
54. Derselbe, A case of necrotic stomatitis following pneumonia and measles. Philadelphia Pediatric Soc. 14. III.
55. Gundobin, N., Der Erreger der Masern und das Masernserum. Vratcheb. Gaz. 17. September.
56. Greenwood, Major, Vaccination its treatment and conditions of the infant, which preclude its being done. Practitioner. Vol. LXXV. S. 519.
57. De Grenier, La variole maligne. Thèse de Montpellier.
58. Gross, Oskar, Über Komplikation von Scharlach mit Ikterus. Münch. med. Wochenschr. S. 2326.
59. Haaks, A. R., Erysipelas bei einer Schwangeren. Heilung durch Antistreptokokkenserum. Canada Lancet II.
60. Halbhuber, Franz, Zur Ätiologie der Varicellen. Wiener med. Wochenschrift. S. 321.
61. Hamburger, Ernst, Atypischer Masernverlauf. Deutsche med. Wochenschrift. S 832.
62. De La Harpe, Impfung am Fuss. Therap. Monatsh. S. 330.
63. Derselbe, Quelques cas de cinquième maladie. Rev. méd. de la Suisse rom., November.
64. Heissler, Eine Masernepidemie. Münch. med Wochenschr. S. 1334.
65. Hellström, Thure, Morbilli und Diphtherie. Hygiea. Nr. 1.
66. Hibbert, J. Coote, The influence of smallpox on vaccination. Lancet 20. Mai, S. 1337.
67. Honillon, Variole et vaccine en Afrique occidentale française pour l'année 1903. Ann. d'hyg. et de méd. colon Oktober, November. Dezember.
68. Howard, W. T., The application of laboratory methods to the diagnosis of variola. Journ. of the Amer. Med. Assoc 8. April.
69. Hrach, Ein Masernfall mit abnormalem Verlauf. Wiener medizin. Wochenschr. Nr. 6. S. 274.
70. Derselbe, Ein Masernfall mit anormalem Verlaufe. Wiener med. Wochenschr. S. 274.
71. v. Jaksch, R., Über eigenartige Exantheme bei Typhus abdominalis nebst einer Bemerkung über die Veränderungen an den Nägeln nach Typhus. Zeitschr. f. Heilk. Bd. 26. S. 297. Abt. für interne Medizin.
72. Jassny, S., u. Mizkewicz, A, Über die Anwendung des Moserschen Scharlachheilserums Prakticzesky Wratsch. Nr. 18—22.
73. Jochmann, G., Die Bakterienbefunde bei Scharlach und ihre Bedeutung für den Krankheitsprozess. Zeitschr. f. klin. Medizin. Bd. 56. S. 316.
74. Jürgens, Variolakörperchen Gesellschaft der Charitéärzte. 16. II.
75. Derselbe, Über die diagnostische und ätiologische Bedeutung der Variolakörperchen. Charité-Annalen. S. 127.
76. Iwanow, A., Die Bakteriologie der Masern. Med. Obozr. 64, 17.
77. Kieffer. C. F., Varicella gangraenosa. New York med. Journ. 1. Juli. Vol. 82, S. 1.
78. De Korté, W. E., The cultivation of the parasites of small-pox and vaccinia in vitro. Practitioner. Vol. LXXV. S. 378.
79. Derselbe, The parasites of Small-pox, Vaccinia and Varicella. Practitioner. Vol. LXXIV. S. 50.
80. Krzyszkowski, J., Zestarsienie wszystkich przypadków rózy zostatnich lat dziesięcin, leczonej w oddziatsch skórnych, ovaz uwagi og ólnei lecznicze, natem zestawienin eparte. (Übersicht aller Fälle von Erysipel, die im Laufe der letzten 10 Jahre auf den Abteilungen für Hautkrankheiten behandelt wurden. Allgemeine therapeutische Bemerkungen.) Przeglad leknrski. Nr. 51. S. 803. Nr. 52. S. 823.
81. Külz, Pockenbekämpfung in Togo. Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene. S. 241.
81a. Lack, E, Beitrag zur Lehre von der Hautdiphtherie. Inaugural-Dissertation. Königsberg i. Pr.
82. Legrain, J., Les érythèmes infectieux dans la rougeole. Thèse de Paris.
83. Leiner, Carl, Scharlachschuppung und Ichthyosis. Monatsschrift für Kinderheilkunde. 4. Bd. H. 1—3.

84. Mariani, Erfahrungen über die Anwendung von rotem Licht bei Scharlach. Sitzungsberichte der Real Acad. de Med. de Madrid 3., 10., 17. u. 24. Juni.
85. Mastri, C, Siero Behring ed erisipela. Riforma med. 16. September.
86. Mayer, Zur Pirogoffschen Kampferbehandlung des Erysipels. Münch med. Wochenschr. S. 2031.
87. Mendelsohn, L., Erfahrungen über die Behandlung des Scharlachs mit Antistreptokokkenserum. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 12. S. 461.
88. Menschikoff, W., Zur Serumtherapie des Scharlachs Russky Wratsch. Nr. 25.
89. Meret, H., Noma chez un enfant tuberculeux. Rev. méd. de Normandie. 10. Okt.
90. Merk, Ludwig, Masern ohne Exanthem. Zeitschr. f. Heilk. Bd. 26. S. 579. Abt. f. int. Med.
91. Meyer, Fritz, Die klinische Anwendung des Streptokokkenserums. Berl. klin. Wochenschr. S. 197.
92. Derselbe, Die klinische Anwendung des Streptokokkenserums. Berl. med. Ges. 8. II. (Diskuss.: H. Aronson, Heubner.) 15. II. (Mamorek, H. Wolff, Beitzke, Helmbold, Bumm, Aronson, Mamorek, Meyer.)
93. Mir, A., Relation d'une épidémie de variole qui a sévi à Nice pendant l'année 1902. Thèse de Toulouse.
94. Morotti, E., Sopra un caso di dacrioadenite orbitaria suppurata consecutiva ad erisipela facciale. Ann. di ottalmol. Jan.
95. Morquio, L., Epidemia de rubeola. Arch. latino-amer. de pediatria. September.
96. Nieto, A., Eine Scharlachepidemie. El Siglo medico. 5. VIII.
97. Noguera, Perez, Eine neue Behandlung des Erysipels. Gaceta medica Catalana. 19 Jan.
98. Novak, Joseph, Beitrag zur Kenntnis septischer Exantheme. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 73. S. 363.
99. Nerle, G., La vaccination pendant la grossesse; son influence sur le foetus. Thèse de Toulouse.
100. Oppenheimer, E. H., Varicelle der Hornhaut. Deutsch. med. Wochenschr. S. 833.
101. Pautz, W., Zur Anwendung von Mesotan bei Erysipel. Deutsche medizinische Wochenschr. S. 1236.
102. Payr, E., Wölflers Erysipelbehandlung. Wiener med. Wochenschr. S. 1821.
103. Pfeiffer, L., Die Impfklauseln in den Weltpolicen der Lebensversicherungs-Gesellschaften. Veröffentl. des Deutschen Vereins für Versicherungs-Wissenschaft. 5.
104. Pick, R., Variola und Varicellen. Wiener klinische Wochenschr. Nr. 12, S. 308.
105. Poynton, F. J, On some points in the differential diagnosis of scarlet fever, German measles, and measles. Brit. Med. Journ. 4. Februar. S. 229.
106. Preysing, Zwei Fälle von Siebbeinnekrose und Orbitalabszess nach Scharlach. Med. Gesellsch. zu Leipzig. 24. X.
107. Prowazek, S., Untersuchungen über das Wesen des Vaccineerregers. Deutsche med. Wochenschr S. 752.
108. Pugh, W. T. G., The infectivity and management of scarlet fever. Lancet. 4. Febr., S. 273.
109. Quest, R., Zur Therapie des Scharlachs. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25. S. 988.
110. Rahn, Therapeutische Notizen über einige neue Arzneimittel. Allgem. med. Zentral-Zeitung. Nr. 10.
111. Remlinger et Osman Nouri, Passage du virus vaccinal à travers les filtres. Soc. de Biol. 17. Juni.
112 Risel, H., Masernerkrankungen nach Scharlach. Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Bd. 62. H. 1. S. 50.
113. Rittershaus, A., Erfahrungen über intravenöse Kollargelinjektionen beim Erysipel. Therap. d. Gegenw. S. 483.
114. Rolleston, J. D., The prodromal rashes of measles Brit. Med. Journ. 4. Febr. S. 233.
115. Róna, 5000 Fälle von Erysipelbehandlung. Budap. königl. Ärztever. 1. IV. (Disk.: Kòrmòczi.)
116. Róna, S., Az erysipelas therapiájáról minteyy 5000 eset alapján. (Zur Therapie des Erysipels auf Grund von ca. 5000 Fällen.) Orvosi Hetilap. Nr. 25.
117. Rotschuh, Eine Scharlachepidemie in Nicaragua. Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene. IX. 1. S. 1.
118. Ruhemann, J., Anwendung des Mesotanvaselins. Deutsche med. Wochenschr. 11. Mai. S. 755.
119. Derselbe, Über die Filatow-Dukesche („vierte") Krankheit. Deutsche med. Wochenschr. S. 105.

120. Salmon, Diagnostic expérimental de la variole et de la varicelle. Comptes rendus de la Société de Biologie. Paris 11. II.
121. Salmon, P., Diagnostic expérimental de la variole et de la varicelle. Soc. de biol. 18. Febr. Diskuss.: L. Martin, H. Vincent.
122. Salzer, Masern ohne Exanthem. Münch. med. Wochenschr. S. 360. (Bemerkungen hierzu von Schütz, ebenda, S. 557.)
123. Schick, Die weiteren Erfolge der Serumbehandlung des Scharlachs an der Universitätskinderklinik in Wien. 77. Vers. deutscher Naturf. und Ärzte, Abt. f. Kinderheilk.
124. Derselbe, Die weiteren Erfolge der Serumbehandlung des Scharlachs an der Universitätskinderklinik in Wien. 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. Meran, 25. Sept.
125. Derselbe, Über postskarlatinöss Lymphadenitis. 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. Meran, 25. Sept. Abt. für Kinderheilkunde.
126. Scholtz, Über Hautdiphtherie. Verein f. wissenschaftl. Heilk. in Königsberg i. Pr., 30. X.
127. Schrumpf, P., Über die als Protozoen beschriebenen Zelleinschlüsse bei Variola. Arch. f. pathol. Anat. und Physiol. und f. klin. Medizin. Bd. 179. S. 461.
128. Schütz, Masern ohne Exanthem. Münch. med. Wochenschr. S. 557.
129. Sicard, Oreillons avec zona de la face et lymphocytose du liquide céphalorachidien. Soc. méd. des hôp. 17. et 24. Febr. Diskuss.: Netter, Dopter.
130. Siegel, John, Untersuchungen über die Ätiologie des Scharlachs. Anhang zu den Abhandl. der Kgl. preuss. Akad. der Wissensch.
131. Derselbe, Untersuchungen über die Ätiologie der Pocken und der Maul- und Klauenseuche. Anhang zu den Abhandlungen der Kgl. Preuss. Akademie der Wissenschaften.
132. Simpson, W. J., The value of Haffkines prophylactic in plague. Practitioner. Vol. LXXV. S. 845.
133. De Sisternos, E., Rotes Licht bei Scharlach. La med. de los Niños. April.
134. Sokolowski, G., Slutschai gangräny koshi posle kori i o letschenij ejë (Ein Fall von Hautgangrän nach Masern und inre Behandlung). Detskaja Medizina (Jonrnal für Kinderkrankheiten). 1.
135. Somerset, W. L., The diagnosis of chickenpox. New York med. Journ. 27. Mai. Vol. 81. S. 1063.
136. Spencer, A. R., A case of endocarditis with pericarditis following scarlet fever. Lancet, 18. Febr., S. 420.
137. Springfeld, Die Pockenepidemie in Bochum im Jahre 1904. Klin. Jahrbuch. S. 251.
138. Ssawczenko, J., Über die Herstellung von Scharlachheilserum. Russky Wratsch. Nr. 25.
139. Sserebremikowa-Glinskaja, Über die Behandlung des Scharlachs mit dem Moserschen Serum. Therapia. Nr. 4.
140. Stegmann, R., Die kosmetische Behandlung der Blatternnarben mit Vaselin und Ölvaselin. Wiener klin. Wochenschrift. Nr. 13. S. 333.
141. Steinbardt, J., Über Koplik sche Flecken; zur Frühdiagnose der Masern. Med. Klinik. 12. März.
142. Derselbe, Über Koplik sche Flecken. Nürnberger medizinische Gesellschaft und Poliklinik. 1. XII. 04.
143. Stumpf, L., Bericht über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreich Bayern 1904. Beilage zu Nr. 49 der Münchner med. Wochenschrift.
144. Süpfle, Über Spirochätenbefunde in Vaccinelymphe. Naturhistor.-med. Verein. Heidelberg. 25. VII.
145. Swett, Wm. P., A multiple vaccination shield. Med. Record. Vol. LXVII, S. 639.
146. Swoboda, Norbert, Fall von Emphysema subcutaneum totale nach Masern. Ges. f. innere Medizin und Kinderheilk. in Wien, pädiatr. Sektion. 20. VI. (Diskussion: Knöpfelmacher, Friedjung.)
147. Tauber, S., Striae bei Typhus. Wien. med. Presse. 16. Juli. S. 1425.
148. Thiroux, Peste endémique, bubons climatiques, lymphangite infectieuse de la Réunion et érysipèle de Rio. Ann. de l'Inst. Pasteur. Jan. T. 19, S. 62.
149. Thompson, R. L., Laboratory diagnosis of variola. Journ. of the Amer. Med. Assoc. 22. April.
150. Trumpp, Über akute infektiöse Exantheme. Münch. Ges. f. Kinderheilk. 12. V. (Diskuss.: Rommel, Wohlmuth, v. Ranke.)
151. Unruh, Über die vierte (Filatow-Dukessche) Krankheit. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Dresden 8. IV.

152. Veningor, Übertragung der Pocken auf ein ungeimpftes Kind durch Fliegenstich. 77. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte, Abt. f. Kinderheilk.
153. De Waele, H., und Sugg, E., Der Streptokokkenbefund bei Variola und Varicellen in bezug auf ein differentialdiagnostisches Verfahren. Münch. med. Wochenschr. S. 1188.
154. De Waele, Die Ergebnisse der experimentellen Untersuchungen einer pathogenen Wirkung des Blatternvirus und der Kuhpockenlymphe. Sammelreferat. Zentralblatt für Bakteriologie. Referate 36. S. 289.
155. De Waele und Sugg, Experimentelle Untersuchungen über Kuhpockenlymphe. Zentralblatt für Bakteriologie. Bd. 39. S. 46 und 142.
156. Welch, William M., and Schamberg, Jay F., Acute contagion diseases. Philadelphia and New York. Lea Brothers and Co.
157. White, Mark Johnston, Pathological characters, diagnosis and epidemiology of Bubonic plague. Med. Record. Vol. LVII. S. 121.
158. Zuppinger, Zur Serumtherapie des Scharlach. 77. Vers. deutscher Naturf. und Ärzte. Meran 25. Sept.
159. Derselbe, Zur Serumtherapie des Scharlachs. 77. Vers. deutscher Naturf. und Ärzte, Abteilung für Kinderheilk.

1. Erysipel.

Aus einer Reihe von Versuchen schliesst Franke (46), dass die Erysipelstreptokokken niemals an die Oberfläche gelangen und in Hautschuppen und Blaseninhalt nicht gefunden werden. Die Furcht einen Erysipelkranken zu berühren ist daher übertrieben. (Die Infektiosität des Blaseninhaltes dürfte wohl nicht zu bezweifeln sein. Referent ist es schon öfters gelungen Streptokokken daraus zu züchten.) (K.)

Nach 3jähriger Verwendung des von Fritz Meyer (91) selbst hergestellten Serums kam Verf. zu dem Schluss, dass eine Reihe von Streptokokkeninfektionen günstig, vor allem mit Temperaturabfall auf die Einspritzung reagieren, so schwere Anginen, leichtere Sepsisfälle. Bei Erysipel war kein Erfolg zu konstatieren. Kontraindiziert ist das Serum bei Endocarditis ulcerosa, ausgedehnterer Lungenerkrankung, Entzündung der serösen Häute, drohender Anurie, länger bestehenden pyämischen Prozessen. Das Serum ist vor allem zu prophylaktischen Zwecken zu verwenden. (K.)

Diskussion hierzu: H. Aronson. Bemerkungen über die Theorie des Serums und über die Kontraindikationen.

Heubner: Bei Scharlach sind die Erfolge des Streptokokkenserums negativ. Auch wenn man sehr frühzeitig einspritzt wird das Auftreten einer sekundären Sepsis nicht verhütet.

Marmorek: Bemerkungen über die Theorie des Serums und Empfehlung seiner Anwendung in allen Fällen.

Alfred Wolff: Bemerkungen über die Lehre von den Endotoxinen.

Beitzke: Bei vielen Fällen von anscheinender Streptokokkensepsis handelt es sich um Mischinfektionen.

Bumm: Das Serum vermag die weitere Verbreitung der Streptokokken im Körper zu verhindern, aber niemals schon vorhandene Gewebsveränderungen zu beseitigen.

Helmbold: Das Serum scheint in 20 operativ behandelten Fällen der Berliner geburtshilflichen Klinik von günstiger prophylaktischer Wirkung gewesen zu sein (Streptokokkenserum von Aronson).

Aronson, Marmorek: Theoretisches.

F. Meyer: Schlusswort. (K.)

Ein günstiger Einfluss des Serums auf den Verlauf war nach Berga (8) nicht mit Sicherheit zu erkennen. (K.)

Bei ein- bis dreistündlicher Darreichung von Camphora trita 0,05—0,15 hat Mayer (86) gute Erfolge gesehen. Daneben wendet er an Schwitzprozeduren, Umschläge mit essigsaurer Tonerde, Umzeichnung mit dem Argentumstift, Rotlichtbehandlung. Beim Auftreten von Nierenreizung muss mit der Kampferdarreichung ausgesetzt werden. (K.)

Bericht von Pautz (101) über 6 Fälle, in denen eine günstige Wirkung des Mesotans sehr wahrscheinlich schien. Anwendung mit Olivenöl ana oder mit Vaselin 1 : 2. Es kann nicht bloss das Ölgemisch, sondern auch Mesotanvaselin Reizerscheinungen (Dermatitis) erzeugen. (K.)

Empfehlung des Mesotanvaselins (5 : Vasel. americ. flav. 15) durch Ruhemann (118) bei Erysipel, wo es förmlich abortiv wirkt. Es soll dreistündlich aufgetragen werden. (K.)

Empfehlung von Mesotan bei Erysipel durch Rahn (110) mit Olivenöl āā aufzupinseln. (K.)

Die Ergebnisse der Kollargoltherapie sind nach Rittershaus (113) im ganzen nicht sehr befriedigend, wenn auch ein „gewisser Einfluss“ auf Temperatur, Allgemeinbefinden und lokale Erkrankung in einer Anzahl von Fällen unverkennbar ist. (K.)

Die Priorität in der Behandlungsweise des Erysipels (35) durch zirkulär komprimierende Heftpflasterstreifen oder Kollodiumaufpinselung gebührt Professor Wölfler. (K.)

Es wurden bei ungefähr 5000 Fällen, welche auf der Rotlauf-Abteilung des hauptstädtischen St. Stephansspital von Róna (115) beobachtet wurden, fast alle empfohlenen Behandlungsarten und Medikamente (antiseptische Lösungen und Salben, Karbol- und Sublimatinjektionen, Umschläge von Alcohol absolut., Pflasterstreifen, Gummibinden, Kollodium, um die Ausbreitung mechanisch zu hindern, Berieselung mit oder ohne Skarifikation, Behandlung mit antidiphterithischem Serum, negative Phototherapie, Behandlung mit Antistreptokokkenserum) versucht. Auf Grund von seinen Beobachtungen muss Róna sagen, dass wir bei der Behandlung des Erysipels in dem Falle uns kein Versänmnis zuschulden kommen lassen, wenn wir gegen die Symptome ankämpfen und zwar nach den Regeln der inneren Medizin. Denn wir müssen leider das Zugeständnis machen, dass das Erysipel derzeit nicht beeinflussbar ist. Dieses Zugeständnis ist schmerzlich, doch entbehrt es der einzigen, in unserer Wissenschaft zulässigen Grundlage — der Wahrheit — nicht. (M. u. K.)

Unguentum Credé wird 25—30 Minuten lang in der Umgebung des Erysipels verrieben und zwar in geraden Linien. Nach Born (19) Erfolg in 8 Fällen sehr gut. (K.)

Die Wölflersche Heftpflasterbehandlung und die Niehanssche Kollodiumbepinselung wirkt, wie Payr (102) berichtet, zweifellos nach dem Prinzip der Bierschen Stauung; vielleicht ist das Erysipel ein dankbares Objekt für diese Methode. (K.)

Nognera (97) hält für die beste Behandlung des Erysipels die Bepinselung der betreffenden Stelle mit einem Liniment, das sich aus 50 g Rosenwasser, 50 g Glyzerin und 10 g Salizylsäure zusammensetzt. Am nächsten Tage bemerkt man eine Besserung der Erscheinungen und noch einige Tage später eine vollständige Abheilung. (G.)

Die Arbeit Krzyszkowskis (80) umfasst ein Material von 795 Erysipelfälle, die bis zum Jahre 1905 auf den Abteilungen für Haut- und venerische Krankheiten im allgemeinen Krankenhause zu Lemberg beobachtet wurden. Es stellte sich heraus, dass die Häufigkeit der Erysipelfälle bei Frauen und Männern sich wie 2:1 verhielt. Bei Frauen waren öfters die Extremitäten befallen und es entwickelten sich auch oft supurative Prozesse. Bei Männern wurden öfters Erysipelas migrans und chirurgische Komplikationen beobachtet. Das männliche Geschlecht lieferte auch viel mehr Todesfälle bei Erysipel als die Frauen, obgleich die Behandlungsdauer bei Männern im allgemeinen kürzer war.

Die Behandlungsmethoden sollen keine reizenden sein. Sämtliche Einreibungen, Alkoholwaschungen usw. sollen vermieden werden. Am besten haben sich eiskalte Umschläge, Umschläge mit adstringierenden Flüssigkeiten und auch 10—20% Ichthyolkollodium bewährt. (B. u. W.)

2. Masern.

Unter 50 Fällen fand Steinhardt (142) 46mal Koplik sche Flecken, oft als erstes Symptom. (K.)

Über Koplik sche Flecken bringt eine zusammenfassende 200 Seiten starke Monographie Bing (11). (K.)

Von den letzten 100 Masernfällen der Leipziger Kinderklinik wurden nach Brünings Bericht (21) 48 von aussen zugewiesen, von diesen hatten 9 = 19% Koplik sche Flecken. 52 Fälle kamen im Krankenhaus selbst zur Entwickelung. Abgesehen von 2 von einer anderen Abteilung zu verlegten wurden bei sämtlichen anderen Koplik sche Flecke konstatiert. Röteln, Scharlach, Serumexantheme zeigten die Flecke nie, so dass ihnen eine spezifische diagnostische Bedeutung zugeschrieben werden muss. Reichliche Literaturangaben. (K.)

Drei Kinder von Merk selbst (90) erkrankten an typischen Masern während einer Masernepidemie. Er selbst und sein viertes Kind erkrankten zur selben Zeit an fieberhafter Bronchitis, die nach Fieberablauf von einem urticariellen Exanthem gefolgt war. Auch eines der drei Masernkinder bekam ein ähnliches Exanthem als Nachkrankheit der Masern. (K.)

Während einer Masernepidemie erkrankten aus Schütz' Praxis (128) von 3 Kindern 1 an typischen Masern, 2 an Fieber, Bronchitis, Konjunktivitis ohne Exanthem. (K.)

Auftreten des Exanthems in einem Falle von Hrach (69) erst 14 Tage nach schwer fieberhafter mit Bronchitis und Diarrhöen einhergehender Erkrankung. (K.)

Die in jedem Stadium des Scharlachs (112) mögliche Maserninfektion stellt eine sehr schwerwiegende Komplikation dar (20% Mortalität). Die Deferveszenz des Scharlachs verzögert sich, wenn sie in das Inkubationsstadium der Masern fällt. Die Fieberkurve der Masern wird nicht verändert. Das Exanthem wird leicht atypisch, im übrigen behalten aber beide Krankheiten ihre charakteristischen Symptome und Komplikationen. (K.)

Bei Kindern (50) können unzweifelhaft als direkte Folge der Masern tuberkulöse Exantheme von sehr rascher disseminierter

Ausbreitung auftreten, disseminierter Lupus, verruköse und papulöse Tuberkulose (Aknitis). Die Virulenz ist meist eine geringe. Auch nach Blattern, Scharlach, Keuchhusten kommen, wenn auch selten, Hauttuberkulosen vor. (K.)

Bei etwa 40% aller Masernfälle (114) treten am 1. Tag Prodromalexantheme auf, oft auch vor den Koplikschen Flecken, bis zu 8 Tagen vor dem eigentlichen Masernexanthem. Es handelt sich meistens um isolierte Maculae, fleckige Erytheme, isolierte Papeln, Urticaria, Erythema circinatum, auch scharlachähnliche Ausschläge. Manchmal wurde fälschlich Scharlach diagnostiziert. Am häufigsten wird der Rumpf befallen, dann die Gegend hinter den Ohren, die Glieder, Gesicht, Nacken. Eine prognostische Bedeutung kommt dem Prodromalexanthem nicht zu. (K.)

Von 3 Kindern erkrankte eines an Masern (61), ein zweites an Varicellen. 6 Tage nach Ausbruch des Exanthems beim ersten, zeigte das zweite Hauthämorrhagien und Koplikscbe Flecken, hohes Fieber. Nach weiteren 6 Tagen bei fortdauerndem hohen Fieber erysipelartige Rötung über der Streckseite des linken Oberschenkels und an der Vulva, später an der rechten und linken Hand, dann starke Schuppung. Erst nach weiteren 2 Tagen Ausbruch des typischen Masernexanthems. Es dürfte sich hier um Kombination eines septischen Exanthems mit Masern gehandelt haben. Wenn Verfasser als in diesem und anderen Fällen sehr auffällig bezeichnet, dass bei negativer Kochprobe des Urins die Überschichtung mit Salpetersäure sehr starke „Gerinnung“ ergab, so dürfte es sich hier wohl kaum um Eiweiss gehandelt haben. (K.)

Statistische Erhebungen Bentzens (9) während einer Masernepidemie in Christiania 1902 ergaben, dass die Unempfänglichkeit für Masern eine ausschliesslich angeborene Eigenschaft sein kann, die im Verlauf einiger Monate gewöhnlich schwindet. Sie ist wohl grösstenteils passiver und aktiver Natur, doch ist die Brustmilchernährung nicht ausschliessliche Bedingung. (K.)

Ein dreijähriges sehr elendes Kind bekam nach Masern (Swoboda [146]) heftigen Husten und Hautemphysem am ganzen Körper. Vielleicht lag Lungentuberkulose vor. Friedjung und Knöpfelmacher haben ein ähnliches Emphysem nach Operationen von Pleuraempyem gesehen. (K.)

(134) Zwei Fälle von Hautgangrän, dieser seltenen Komplikation, 1. bei vierjährigem Mädchen in der dritten Woche der Morbillen, in Form vieler kleiner Knötchen, die nekrotisch wurden und zerfielen, 2. bei dreijährigem Knaben in der zweiten Woche der Masern, in Form grosser runder schwarzer Flecken, besonders auf dem Kopf, die bald nekrotisch wurden. Die Therapie bestand in Auskratzen mit dem scharfen Löffel und Verband mit Pyoktanin. Beide Kinder waren schwächlich und schlecht genährt. (Sch.)

3. Scharlach.

Das Fingerblut von Scharlachkindern wurde von Siegel (130) mikroskopisch untersucht und eine Emulsion von Hautschuppen Kaninchen subkutan injiziert. Sowohl im Blut des Kaninchens wie im Blut der Kranken fand Siegel die eigentümlichen glänzenden beweglichen Körperchen, die er als Cytorrhyctes bezeichnet und in ähnlicher Weise

auch bei Blattern, Maul- nnd Klauenseuche und Syphilis gesehen hat. In manchen der grösseren Körperchen finden sich stärkere lichtbrechende, in Teilung befindliche kernähnliche Gebilde. Bei fortschreitender Teilung entstehen Morula ähnliche Figuren. Die einzelnen Tochterzellen werden zunächst durch eine kaum sichtbare gallertige Substanz zusammengehalten und treten dann völlig auseinander. Namentlich im Blut der geimpften Kaninchen finden sich die Körperchen in grösster Menge, in der Haut des Kranken finden sie sich in den Epithelzellen neben dem Kern, ähnlich den Gnarnierischen Körperchen. Siegel sieht in den Gebilden Parasiten und bezeichnet sie als Cytorrhyctes scarlatinae. (K.)

Dnval (38) entnahm bei 18 Scharlachkranken aus einer mit Ammoniak erzeugten Hanthlase Serum und fand 5 mal Gebilde, welche mit den von Mallory in der Haut beschriebenen angeblichen Parasiten übereinstimmen. (K.)

Für die Scharlachangina (Jochmann [73]) ist spezifisch die mit Schwellung der Tonsillen und Rötnng der Rachenschleimhaut, häufig auch mit lockeren weissen Belägen einhergehende katarrhalische Angina. Die nekrotisierende Angina ist eine sehr häufige Komplikation, aber kein spezifisches Scharlachsymptom. Dieses sog. Scharlach-Diphtheroid wird unzweifelhaft durch Streptokokken hedingt. Pleuritiden, Abszesse, Mittelohrkatarrhe, diphtheritische Bindehautentzündungen im Gefolge von Scharlach sind ebenfalls fast stets durch Streptokokken verursacht. Im Blute von 70 Scharlachleichen hat Verf. 50 mal Streptokokken gefunden, Im Blute der Lebenden fanden sich in 161 Fällen 25 mal Streptokokken. niemals am 1. oder 2. Krankheitstag. Die Streptokokkenfälle unterschieden sich von den andern nur durch die Schwere des Krankheitsbildes, sie endeten auch alle tötlich. Von den im Verlaufe des Scharlaches gestorbenen Fällen hatten ungefähr die Hälfte kurz vor dem Tode Streptokokken im Blut. Das Wirbelmark der Leichen wurde 16 mal untersucht nnd enthielt 14 mal Streptokokken, die Milz enthielt sie gewöhnlich dann, wenn sie auch im Blute sind. Die eigentliche Scharlachnephritis wird nicht durch die Streptokokken hervorgerufen. In der Haut findet man auf der Höhe des Exanthems niemals Streptokokken, Stärke oder Vorhandensein des Exanthems deckt sich nicht mit dem bakteriologischen Bluthefund. Nur in 8 von den 25 Streptokokkenfällen war noch Exanthem vorhanden. Auch mit Streptokokkentoxin hat das Scharlach exanthem nichts zu tun, dagegen können nach Ablassen des Exanthems durch Streptokokken bedingte septische Exantheme im Verein mit andern septischen Erscheinungen anftreten. Im Zusammenhang mit Streptokokkensepsis treten hier und da auch pemphigusähnliche Ausschläge auf. Die Scharlachstreptokokken unterscheiden sich nicht von den gewöhnlichen Eiterkokken und nehmen keine Sonderstellungen ein. Nachdem ferner die Streptokokken in vielen Fällen in der Leiche nnd in ³/₄ aller Fälle im Leben fehlen, gerade auch in den Fällen von Scarlatina fulminans nnd eine Streptokokkenkrankheit niemals Immunität erzeugt, wie das bei der Scharlachinfektion der Fall ist, kann der Streptococcus nicht der eigentliche, spezifische Scharlacherreger sein. Dagegen spielt er eine sehr bedeutende und gefährliche Rolle als Erreger einer Sekundärinfektion. (K.)

Der aus Scharlach gezüchtete Streptococcns (Detot und Bourcart [34]) ist agglntinierbar, aber nicht bloss durch Scharlachserum, sondern, wenn auch gewöhnlich in geringerem Grade, auch durch das Serum

septischer Kranken, ja sogar durch das Serum Gesunder. Eine praktische Anwendnng der Serumdiagnose ist daher hei Scharlach nicht möglich, ebensowenig lassen sich Schlüsse ziehen über die Spezifität des Scharlachstreptococcus. (K.)

Eine vorhandene Ichthyosis (Leiner [83]) erzeugt eigentümliche Veränderungen des Scharlachexanthems: follikulären Charakter, Chagrinierung der Haut. Die Abschuppung ist, abgesehen von Handfläche und Fusssohle, nicht lamellös, sondern feinschuppig. Anf der Haut hilden sich Fnrchen und eine eigentümliche netzartige Zeichnung. (K.)

In der 3. Woche nach Krankheitsheginn (Schick [125]) zeitlich analog mit der Nephritis kann hei Scharlach eine Schwellnng der Unterkieferwinkeldrüsen kommen. Diese kann für die Spätdiagnose eines durchgemachten Scharlachs von ähnlicher Bedentung sein wie die Nephritis. (K.)

Gross (58) herichtet über zwei leichte Scharlachfälle mit einige Tage danerndem, nicht septischem Ikterus, die genasen. Die Komplikation ist selten und wurde in Strasshurg in 9 Jahren nnter 130 Fällen nur zweimal heobachtet. (K.)

Eine 15 jährige Kranke (Bleibtreu [12]), die wegen Pleuritis im Spital lag, zog sich einen Scharlach zu, der leicht und ohne Komplikationen verlief. Bald nach der Abschuppnng wurde am Knie und auf den Gesässhacken frisch entstandene, symmetrisch angeordnete quergestellte, bläulichrote Striae entdeckt. Nach ungefähr 14 Tagen blassten sie zu einem blassen Rosa ab. Diese Striae entsprachen den hei schwerem Typhus nnd andern schwer fieberhaften Krankheiten beschriebenen. Ihre Ursache und Entstehungsart ist ganz unklar. Die Momente, die man sonst als ursächliche anschuldigt, fehlten, so schwere Darmerscheinungen, erschöpfendes Fieber, langes Liegen mit angezogenen Beinen, starkes Wachstum, neuritische Vorgänge usw. (K.)

Pugh (108) macht Vorschläge über die Methoden, Scharlachkranke streng zu isolieren. (K.)

Ein zusammenfassender Bericht über akute infektiöse Exantheme liegt vor (Trumpp [150]).

Bei einer schweren Epidemie hatte Nieto (96) nnr 10% Mortalität gegen 60% in einer früheren. Er schreibt den günstigen Erfolg der Anwendung von Diphtherieheilserum und — hei Spätpneumonien — Antistreptokokkenserum zn. (K.)

Günstige Resultate erzielte Mariani (84) in 30 Fällen mit rotem Licht. Seltenes Auftreten von Komplikationen, namentlich Bronchopneumonien. (K.)

165 Fälle wurden durch Mendelsohn (87) mit Aronsonschem Serum hehandelt. Eine deutliche Beeinflussung der Symptome, der Nachkrankheiten, der Komplikationen war nicht zu erkennen. Bei Herzaffektionen schien das Serum kontraindiziert. Die malignen und septischen Scharlachfälle starhen alle. Mit Moserschem Sernm wurden nur 4 Fälle behandelt. (K.)

Von 70 Kranken (Sserehremikowa-Glinskaja [139]) wurden 32 mit dem Moserschen Serum hehandelt. Mortalität der gespritzten Fälle 12,5%, der ungespritzten 28,9%. Von den 32 gespritzten Fällen waren 20 schwer, 12 mittelschwer. Die Serumdosis betrug 50—150 ccm. An Nebenerscheinungen waren zu verzeichnen: Urticaria 9 mal, hullöses Exanthem 2 mal, Gelenkschwellungen 1 mal, Ahszesse 2 mal. Die Temperatur sank nach der Injektion 9 mal kritisch, 19 mal lytisch. Das

Exanthem blasste in 17 Fällen am 1. Tage nacb der Einspritzung ab. Der Krankbeitsverlauf wurde durch die Serumbehandlung abgekürzt. Trotz Serum trat auf: 6 mal Drüsenschwellung, 3 mal Otitis media, 2 mal Bronchopnenmonie, 16 mal Nepbritis, darunter 1 Todesfall. (K.)

Von 26 mit Moserschem Scbarlachserum behandelten Fällen (Jassny nnd Mizkewicz [72]) starhen 10! Unter den Genesenen schien 8 mal das Serum obne jeden Einfluss gewesen zu sein. 8 mal schien eine günstige Wirknng auf Temperatur, Pnls, Allgemeinbefinden und Racbenerscbeinungen vorbanden gewesen zu sein. (K.)

Empfeblung eines antitoxischen Serums (Ssawczenko [138]), das dadurcb hergestellt wird, dass Pferden zunäcbst alte sterile, unter Toluol konservierte Streptokokkenkultnren (Aszitesbouillon) injiziert werden, erst später lehende Kulturen. (K.)

Menscbikoff (88) berichtet über ausserordentlicb günstige Wirkung des Szawczenko- nnd Moserschen Serums in 30 Fällen sowohl auf den Heilungsverlauf als aucb auf die Komplikationen. (K.)

Unter 26 Fällen mit Moserschem Serum kein Todesfall (Bukowski [22]). Anscheinend günstige Wirkung des Serums. (K.)

Auf Grund von weiteren 17 Fällen (Bokay [16]) wird dem Moserschen Serum eine antitoxiscbe Heilwirkung zugeschrieben. (K.)

11 Fälle wurden von Quest (109) mit Bujwidschem, 10 mit Moserscbem Serum behandelt. Eine örtlicbe Beeinflussnng des Krankheitsprozesses war nicht zu erkennen. (K.)

Die Beohacbtungen Cnopfs (29) erstreckten sich anf 14 Kinder. Das rote Licht batte einen entschieden günstigen Einfluss sowohl auf das Verscbwinden des Exanthems, wie aucb auf den Rückgang des Fiehers. Die Temperatur fiel fast kritiscb ab, die Entfieherung erfolgte am 4 his 6 Tage. (K.)

Unter 80 mit rotem Licht von Sisternes (133) behandelten Fällen 1 Todesfall. Rasche Abnabme des Fiehers, leichter Verlauf der Komplikationen. (K.)

Ein 14 jähriger Knahe mit chronischer Endokarditis (Novak [98]) hekam ein scharlachäbnlicbes Exanthem zuerst auf der linken, dann auf der rechten Körperhälfte, hohes Fieber, rekurrierende Endokarditis, akute Nepbritis. Im Blut ein koliähnlicher Bacillns. Das Exanthem hegann einige Tage vor dem Tod grosslamellös abzuschuppen. (K.)

Prof. Filatow bat zuerst anf die Erkranknng aufmerksam gemacht, von der Barannikof (6a) mehrere Fälle anführt. Vom wabren Scharlach unterscheidet sie folgendes: 1. die Verhreitung von oben nach unten, 2. die geringe Temperaturerhöhung und niedrige Pulsfrequenz, 3. der schnelle und leichte Verlauf, 4. der frühe Eintritt der Abscbuppung, 5. das Fehlen einer Immnnität gegen Scharlach (Ref. nach d. St. Petershurg. med. Woch.). (Sch.)

4. Röteln, vierte Krankheit.

In Marburg berrschten nacb Babrdt (6) 1900, 1903 und 1904 kleine Rötelepidemien. Das Krankheitsbild war bei den einzelnen Epidemien recht verschieden. Bei der ersten Epidemie traten die Flecke gewöhnlich zuerst im Gesicht anf, waren hlassrot, ähnlich auch bei der dritten; bei der zweiten Epidemie waren die Flecke am ganzen Körper zerstreut und traten einige Male sicber nicht zuerst im Gesicht auf. Die

Flecken waren sofort dunkelrot. Das Fieber fehlt in der ersten Epidemie bei den meisten Fällen, bei der 2. und 3. nur in wenigen. Die Temperatur bewegte sich bei der 2. Epidemie zwischen 37 und 38, bei der 3. stieg sie häufig auf und über 39. Das Fieber trat 2—3 Tage vor dem Exanthem auf. Einige Male konnte die Diagnose Rubeola sine exanthemate gestellt werden, so einmal durch Anwesenheit der Koplikschen Flecken, die in zehn Fällen beobachtet wurden. Bei der dritten Epidemie war am ersten Tage meistens ein deutliches Exanthem der Mundschleimhaut zu beobachten. Die weitgehenden Variationen der Röteln machen ihre Diagnose schwierig, vor allem gegenüber dem Erythema infectiosum Sticker-Plachte- und der Filatows-Dukesschen vierten Krankheit. Die Diagnose lässt sich oft nur aus dem epidemiologischen Verhalten stellen. Bei der Polymorphie der Röteln könnte man leicht auf den Gedanken kommen neue Typen akuter Exantheme aufzustellen. Das wäre nur dann erlaubt, wenn der Nichteintritt von Immunität gegen Scharlach, Masern, Röteln durch Überstehen des Exanthems erbracht werden kann. Dieser Nachweis scheint bis jetzt nur für die Filatow-Dukessche Krankheit erbracht zu sein. Da in Marburg keines der Kinder zweimal in einer drei Epidemien erkrankte der muss es sich stets um dieselbe Krankheit, also echte Röteln gehandelt haben. (K.)

Ein Kind (Ruhemann [119]) erkrankte mit scharlachähnlichen Symptomen, die Geschwister wurden nicht isoliert, da sie Scharlach schon durchgemacht hatten. Trotzdem erkrankten 2 Geschwister ebenfalls an einer scharlachähnlichen Krankheit. Einige ähnliche Fälle werden kurz berichtet. Die Diagnose der Filatow-Dukesschen Krankheit ist gewöhnlich nur expost möglich, vor allem aus dem Ausbleiben der Desquamation und wahrscheinlich wenn ein frühes scharlachkrankes Individuum neuerdings unter scharlachähnlichen Symptomen erkrankt. (K.)

5. Variola und Vaccine.

Siegel (131) unterzog die Guarnierischen Körperchen einer erneuten Prüfung. Er impfte nicht bloss die Kaninchenkornea, sondern injizierte auch die Lymphe subkutan und intraperitoneal. Blut und Organsaft der Tiere waren, mit den üblichen bakteriologischen Methoden geprüft, steril. Dagegen fanden sich mikroskopisch in den mit etwas Aqua destillata verdünnten Gewebssäften kleinste ½—1 μ lange, einige $1/10\,\mu$ breite, sehr lebhaft bewegliche Gebilde von spitzovaler Form. Im Innern waren 2 starkglänzende Körnchen, die sich mit Azur färbten. Die Beweglichkeit wird durch Chloralhydrat gehemmt und ist ohne Zweifel aktiv. Ausserdem finden sich im Gewebsstoff eiförmige 1—2,5 μ lange glänzende Gebilde ohne Eigenbewegung, die oft in der Mitte oder nach dem einen Ende zu eingeschnürt sind. Die „beweglichen Körper" gehen durch die Poren des Chamberlandsfilters durch. Mit filtriertem Gewebssaft kann man in der Kaninchenkornea Guarnierische Körperchen erzeugen. An mit Azur gefärbten Gewebssaftpräparaten sieht man Kernteilungserscheinungen. Im Schnitt sind die Parasiten oft schwierig nachzuweisen, im Blut sind sie spärlicher als in den Säften von Nieren, Leber, Milz, Knochenmark. Die „beweglichen Körper" hält Siegel für Jugendformen eines Parasiten und zwar eines in die Gruppe der Sporozoen oder Flagellaten gehörigen Protozoons. Manche Körper sind zu

grösseren Haufen vereint und mit einer dicken Plasmahülle umgeben („Cystosporen"), wahrscheinlich Dauerformen. Diese Formen finden sich bei einem sonst ganz ähnlichen Parasiten nicht, den Siegel bei Maul- und Klauenseuche gefunden hat (Cytorrhyctes aphtharum). (K.)

In jeder Lymphe finden sich nach Prowazek (107) rundlich-ovale helle Körperchen mit ein bis zwei dunkleren Einschlüssen, die vorläufig mit dem indifferenten Namen „Lymphkörperchen" bezeichnet werden. Deutlich bewegliche Entwickelungsstadien des vermutlichen Blatternparasiten finden sich in der Lymphe nicht, denn wenn man Lymphe sorgfältig einer Kochsalzlösung unterschichtet und nach einigen Stunden bis Tagen die überstehende Flüssigkeit verimpft, fällt die Impfung negativ aus. In einer geimpften Kaninchenhornhaut finden sich, von der dritten Stunde an, die Guanierischen Körperchen, daneben kleine, schwer nachweisbare Gebilde, die als „Initialkörper" bezeichnet werden. Die Guarnierischen Körperchen können die gesuchten Parasiten nicht sein, denn man kann sie schweren Schädigungen aussetzen, ohne dem behandelten Material seine Virulenz zu nehmen. Doch sind die Guanierischen Körperchen trotzdem als spezifische Gebilde zu erachten, die höchstens mit den Negrischen Tollwutkörperchen eine gewisse Ähnlichkeit besitzen. Der vermutliche Blatternerreger durchläuft in der Kaninchenkornea keinen Entwickelungszyklus, denn es ist ganz gleich, ob man nach 8 oder nach 336 Stunden von ihr weiter impft. Er sitzt nicht allein im Protoplasma der Zellen, sondern auch intrazellular. Das Virus bleibt beim korneal geimpften Kaninchen in der Kornea lokalisiert. Es entsteht eine lokale, aber nicht eine allgemeine Immunität, d. h. das einmal geimpfte Auge ist nicht weiter infizierbar, wohl aber das zweite noch nicht vorgeimpfte. Man kann den Vaccineerreger in der Kaninchenkornea fortzüchten und förmlich eine lokalisierte organische Kultur des Erregers erzielen. (K.)

Demonstration der Gnarnierischen Körperchen durch Jürgens (75). Betonung der diagnostischen Bedeutung ihres Nachweises in der geimpften Kaninchenkornea. Ablehnung der J. Siegelschen Befunde. (K.)

Als beste Methode zur Darstellung der Guarnierischen Körperchen ist nach Schrumpf (127) die Färbung dünner Celloidinschnitte mit polychromem Methylenblau zu empfehlen, dem so viel 0,5 ‰ Eosinlösung zugesetzt ist, bis ein grünliches Oberflächenhäutchen entsteht. Das Gemisch wird durch Kochen mit Borax alkalisch gemacht. Färbung mehrere Stunden. Differenzierung mit 96 % Alkohol, der mit Essigsäure angesäuert ist, Äther, Alkohol, Xylolnelkenöl, Kanadabalsam. Auf Grund des färberischen Verhaltens lassen sich die Gnarnierischen Körperchen als Degenerationsprodukte des Kernes und abgesprengte Chromatinpartikelchen erkennen. Gegen ihre Natur alsspezifische Protozoen spricht auch, dass man ganz ähnliche Bilder in postmortalen abgelösten Harnblasenepithelien, in jungem Knorpel, ja sogar in Pflanzengeweben findet. (K.)

Reproduktion von Mikrophotogrammen einer „Spirochaete vaccinae" durch Bonhoff (18), die leider recht unzureichend ausgefallen ist. Bonhoff hat dreimal in Vaccinelymphen Spirochäten gefunden, die er geneigt ist für ätiologisch bedeutungsvoll anzusehen. Die Spirochäten finden sich auch in Pustelschnitten in der Mitte zwischen Oberhaut und Subkutis. Neben den Spirochäten finden sich auch reichliche komma-

bazillenähnliche Formen und dreieckige Gebilde mit zwei langen schraubenförmigen Fortsätzen an den Ecken. Diese hält Bonhoff für die Grundform des Vaccineerregers, die Spirochäten hält er für aneinandergelagerte Kommas. (K.)

In 6 Proben (144) von animaler Lymphe und im Inhalt einer siebentägigen Vaccinepustel eines Erstlingsimpflings hat Süpfle spirochätenähnliche Gebilde gefunden. Über ihre ätiologische Bedeutung spricht er sich mit Reserve ans. (K.)

Mitteilnng Doehles (36) über mikroskopische Befunde im Blute bei Pocken, Masern, Syphilis, deren Art bei Pocken und Masern aus dem offiziellen Referat (Münch. med. Wochenschr. p. 2541) nicht mit Deutlichkeit zu erkennen ist. (K.)

Es gelang de Korté (78) auf Humor vitreus von Kaninchen (nicht aber anf Glaskörper von Affen nnd Kälbern) bei 37° Amöben zn züchten nnd zwar aus Pockeneiter solche von ziemlich konstanter, ans Vaccinallymphe solche von sehr wechselnder Grösse: Bei Pocken finden sich Sporen fasst nur intrazellulär, bei Lymphe innerhalb und ausserhalb der Amöben. Die Weiterimpfung der Kulturen gelang nicht. (K.)

De Waele und Sugg (153) stellten bei Beobachtung verschiedener Pockenepidemien konstant die Anwesenheit von Streptokokken im Blut der Kranken fest, ebenso im Impfstoff und auch im Inhalt der Varicellenbläschen. Die Streptokokken sind spezifisch, d. h. der Pockenstreptococcus wird durch das Serum Pockenkranker oder Geimpfter agglutiniert, nicht aber durch das Serum neugeborener Kinder. Andererseits agglutiniert Pockenserum Streptokokken anderer Herkunft nicht. Analog verhält sich der Varicellenstreptococcus. Die Verf. glauben das Agglutinationsverfahren zur Differentialdiagnose von Pocken und Varicellen, auch von Pocken und septischen Erkrankungen vorschlagen zu können. (K.)

Die Empfänglichkeit der Kaninchen für Vaccine ist nach De Waele und Sugg (155) grossen individuellen Verschiedenheiten unterworfen. Die Empfänglichkeit der Ziege ist viel geringer als die des Kalbes. Durch Chamberlandfilter filtrierte Vaccine ist für das Kalb unwirksam und bewirkt auch keine Immunisierung. Kollodiumsäckchen mit Vaccine dem Kalb subkutan eingeführt immunisieren nach 3—7 tägigem Verweilen. Die immunisierende Substanz diffundiert also durch die Membran. Mit Injektion mikrobenfreier Ödemflüssigkeit von Vaccine kann man einen gewissen geringen Grad von Immnnität erzielen. Bringt man Vaccine in Schilfsäckchen unter die Kalbshaut, so erhält man neben Staphylokokken und Bazillen reichlich Streptokokken, die sich durch Agglutinationsprobe mit dem vom Verf. als Vaccineerreger angesehenen Streptococcus variola raccinalis identifizieren lassen. (K.)

Zusammenfassende Literaturübersicht de Waeles (154). (K.)

Hibbert (66) impfte 20 Pockenkranke kurz nach Anftreten des Ausschlages und erzielte in 11 Fällen dentliche Papeln oder Pnsteln. Er schliesst daraus, dass eine erfolgreiche Impfung nicht dafür beweisend sein könne, ob ein verdächtiger Ausschlag Pocken gewesen seien oder nicht. (K.)

Springfeld gibt eine sehr genaue und instruktive Darstellung einer kleinen Blatternepidemie (137) mit besonderer Betonung der differential-diagnostischen Abgrenzung zwischen Blattern und Varicellen. (K.)

Ein Kind mit chronischem Ekzem (Escherich [40]) infizierte sich beim Spielen mit einem geimpften Kind. Gesicht und Extremitäten waren mit Pusteln und Geschwüren bedeckt. Richter sah einen Fall von Vaccineübertragung durch Badewasser. Swohoda bemerkt, dass nach Vaccineübertragung auf ekzematöse Stellen keine Narhen zurückbleihen. Wo dicht nnter der geimpften Haut Knorpel liegen, kommt es leicht zu Gangrän. (K.)

Belin (7) gab innerlich 100—120 Tropfen Xylol in 24 Stunden, bei Kindern 15—40 Tropfen. Die Mortalität wurde dadurch von 24 auf 12,5 % herabgedrückt, die Komplikationen waren geringer, die Narbenbildung wnrde verhütet. Teissier (Diskussion) hestätigte diese günstigen Resultate. (K.)

Mitteilnng von Stegmann (140) üher einen Fall, hei dem durch Aufpolsterung des Gesichtes mittelst snhkntaner Vaselininjektionen ein sehr gutes kosmetisches Resultat erzielt wurde. (K.)

Der Fussrücken ist nach de la Harpe (62) die Körperstelle, wo Impfnarhen kosmetisch am wenigsten stören, dabei doch leicht aufzufinden sind. Die Pnsteln sind gut vor Verunreinigung geschützt. Es empfiehlt sich 2 Einschnitte üher dem Metatarsus und einen üher der bimalleolären Gelenklinie zn machen. (K.)

Die Guarnierischen Körperchen stehen nach Jürgens (75) sicher in nrsächlicher Beziehung znr Vaccine und Variola. Sie sind wahrscheinlich Parasiten, doch ist der exakte Beweis dafür noch nicht erbracht. Ihr Nachweis kann aher diagnostisch verwertet werden. Die Verimpfung des Pustelinhaltes auf die Kaninchenkornea ergiht durchans eindentige und charakteristische Veränderungen. (K.)

6. Varicellen.

Um die Differentialdiagnose zwischen Variola und Varicellen zn stellen, impfte Salmon (121) in einigen Fällen Pustelinhalt auf die Kaninchenhornhant nnd konnte in zwei Fällen durch das negative Impfresultat die, wie sich klinisch bestätigte, richtige Diagnose stellen. (K.)

Pick (104) wendet sich gegen die Annahme der Identität dieser beiden Krankheiten auf Grund einer Beohachtung (Erkrankungsfall von Varicellen kurz nach erfolgreicher Impfung). (K.)

Zwei Kinder (Halbhuher [60]) wurden knrz nach überstandener Varicelleninfektion mit Erfolg geimpft. Der Impferfolg hätte zum mindesten nnr ein sehr geringer sein dürfen, wenn Varicellen und Variola verwandt wären. (K.)

Drei mit Erfolg geimpfte Kinder (Bett [10]) erkrankten in den nächsten Jahren an Varicellen. (K.)

6 Tage nach Ausbruch eines Varicellenexanthems (Oppenheimer [100]) Bläschen anf der Hornhaut, aus dem ein seichtes Geschwür hervorging. Rasche Heilung unter 2 % Xeroformsalbe. (K.)

7. Typhns, Pest.

Die Striae nach Typhns (Tauber [147]) laufen senkrecht zur Längsachse des Oberschenkels, finden sich in der Kniegegend und hilden ein bleihendes Kennzeichen. Sie kommen vor, wenn der Typhus sehr schwer nnd das Individuum jung war. Spezifisch gerade für Typhus sind sie nicht. (K.)

Beschreibung eines hämorrhagischen Exanthems um den Nabel durch v. Jaksch (71). (K.)

Bei der Pestepidemie von Oporto (França [45]) im Jahre 1899 fanden sich häufig Hautläsionen, am häufigsten Hautblutungen (46mal bei 110 Sektionen) von den verschiedensten Dimensionen. Pestkarbunkel fanden sich an 110 Leichen 11 mal. Von diesen 11 waren 7 wahrscheinlich primärer Natur. Der Pestkarbunkel hat histologisch eine gewisse Ähnlichkeit mit dem Milzbrandkarbunkel, wie ihn Unna beschrieben hat, doch ist das Ödem geringer, es fehlt die Zone von Bläschen, dagegen ist die leukozytäre Infiltration noch viel intensiver. Der Karbunkel ist, namentlich in der Papillarschicht, von Bazillen durchsetzt. Pusteln fanden sich unter den 110 Fällen 6mal. Die Pusteln waren blätterartig, gedellt, mit serös-eiterigem oder serös-blutigem Inhalt. Einmal waren sie hauptsächlich im Gesicht, in den anderen Fällen, im Gegensatz zu den Blattern, hauptsächlich auf dem übrigen Körper. Die sichere Differentialdiagnose den Blattern gegenüber war erst durch den Nachweis der Pestbacillen zu führen, die in Massen die kleinen Pustelhöhlen füllen. Im übrigen entsprachen auch die histologischen Verhältnisse denen der Blatternpusteln. Einmal fanden sich, im Verein mit einem Karbunkel, drei Pemphigusblasen an der Innenseite des rechten Beines mit einem Durchmesser von ca. 15 mm. Im Corium und in den Kapillaren waren massenhaft Pestbazillen, im Blaseninhalte reichliche, aber nicht überwiegend eosinophile Zellen, im Corium zahlreiche Mastzellen. (K.)

8. Diphtherie.

Scholtz (126) berichtet über fünf einschlägige Fälle und bespricht Differentialdiagnose und Krankheitsbild. Das Heilserum übt gerade auf die Hautdiphtherie meist einen prompten Einfluss aus. (A.)

(81 a) Schilderung des klinischen Bildes der Hautdiphtherie und Besprechung der Therapie, insbesondere der zauberhaften Wirkung des Heilserums: Nach Injektion von 1000 J.-E. pflegt innerhalb von 8 Tagen der mit Vorliebe an den Genitalien lokalisierte Prozess geheilt zu sein. (A.)

XVI.

Erytheme, entzündliche, blasenbildende Krankheiten, Arzneiexantheme und Hämorrhagien.

Bearbeitet von **Scholtz** und **Doebel**-Königsberg i. Pr., mit Beiträgen von **Bernhardt**-Warschau (im Auftrage von **v. Watraszewski**-Warschau), **Boeck**-Christiania, **Góngora**-Barcelona, **Kanitz**-Klausenburg (im Auftrage von **v. Marschalkó**-Klausenburg), **Rusch**-Innsbruck, **Selenew**-Charkow, **Verrotti**-Neapel (im Auftrage von **De Amicis**-Neapel), **Vörner**-Leipzig und **Ch. J. White**-Boston.

Literatur:

1. Adeue, J., Du purpura rhumatoide: troubles gastro-intestinaux; leur rôle et leur importance pathogénique. Thèse de Toulouse.
2. Alexander, Alfred, Über Vioformanwendung bei Pemphigus. Therap. d. Gegenw. S. 107.
3. Anthony, Follicles of the skin and conjunctiva. Jour. of cut. dis. Aug.
4. Ardin-Delteil, P., Purpura rhumatoïde et appendicite. Montpollier méd., 15., 22. u. 29. Jan.
5. Andry, Ch., Dermatite pustulense prémycosique. Ann. de dermatol. et de syph. Mai S. 432.
6. Baldocci, A., Exanthem nach Natrium cacodylicum. Gazz. degli Osped. Nr. 109.
7. Barannikew, S. A., Ein Fall von Pemphigus chronicus familiaris s. epidermolysis bullosa hereditaria (H. Köbner) Russ. Journ. der Haut- und venerischen Krankheiten. T. X. Okt.
8. Beandéant, J., Des manifestations cutanées de l'auto-intoxication gravidique. Thèse de Toulouse.
9. Bonniot de Ruisselet, P., Des dangers de la révulsion par le vésicatoire cantharidien. Thèse de Paris.
10. Bosellini, Dermatite cronica verrucoide circoscritte delle mani. Giorn. it. delle malattie veneree e della pelle. Fasc 4. S. 538.
11. Bowen, Dermatitis herpetiformis in children. Journ. of cut. dis. Aug.
12. Brandweiner, Fall von Erythema multiforme mit wohl bakterieller Entstehung. Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 25. I.
13. Derselbe, Fall von Purpura annularis teleangiektodes. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 29. III. (Diskuss.: Ehrmann, Neumann.)
14. Brayton, A. W., The erythema group of skin diseases. Indiana medical Journal, Bd. XXIV. S. 167.
15. Bronsse et Brnc, Un cas de pemphigus foliacé primitif. Annales de Dermatologie et Syphiligraphie. 4e Série, Tome VI. S. 853.
16. Brüning, Fall von Akrodermatitis atrophicans. Ges. der Charité-Ärzte in Berlin 8. VI.
17. Derselbe, Zur Pathogenese der Antipyrinexanthene. Charité-Annalen, S. 785.
18. Chenoweth, J. S., Appendicitis, as a visceral manifestation of erythema exsudativum multiforme. Med. News, 4. März.
19. Chiari, H. Über einen Fall von urämischer Dermatitis. Prager medizinische Wochenschr. 7. Sept. S. 495.
20. Constantin, Note clinique et histologie sur un cas de purpura papuleux Journ. des mal. cut. et syph. S. 480.
21. Derselbe, Les formes bullenses de l'hydroa vacciniforme (Bazin). Pemphigus récidivant des extremités). Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 4e Série, Tome VI. S. 927.
22. Cezzolino, O., Contributo all' etiologia e patogenesi del pemfigo acuto nei bambini. Rivista di Clinica Psichiatrica Nr. 7.

23. Crecker, H. Radcliffe, Xanthoerythrodermia perstans. Brit. Journ. of Dermatol. April.
24. Da Silva Pereira, J., Contribution à l'étude des brûlures électriques. Thèse de Paris.
25. Delhanco, Fall von Dermatitis herpetiformis During. Ärztl. Verein in Hamburg, 31. X.
26. Deutsch, Über eine passagere Induration der Cutis (mit Disk. von Nohl). Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 8. II.
27. Doering, Hans, Über das Verhalten der Hämolysine bei schweren Hautverbrennungen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 76. S. 831.
28. Dopfer, Über einen Todesfall nach Anwendung der offizinellen Borsalbe bei einer Brandwunde. Münch. med. Wochenschr. S. 763.
29. Duhrenilh, W., Erythrodermies exfoliantes secondaires: psoriasis exfoliant et pemphigus foliacé. Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux. 16. Juli.
30. Derselbe, De l'herpès récidivant de la fesse. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 4e Tome. VI. S. 847.
31. Ehrmann, S., Versuche über Lichtwirkung bei Hydroa aestivalis (Bazin), Sommereruption (Hutchinson). Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, Bd. 77. S. 163. (Siehe auch Abschnitt: Experimentelle Dermatologie.)
32. Evans, W., A note on teak dermatitis. Brit. Journ. of Dermatol., Dezember.
33. Fauntleroi, A. M., Report of a case of an extensive burn of the third degree. Amer. Journ. of the Med. Scienc. Juni.
34. Federici, N., Dell' edema maligno dello scroto: a proposito di un operato di ernia crurale. Gazz. degli Osped. 23. April.
35. Finger, Fall von Erythema multiforme des Gesichtes und linken Handrückens. Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 8. II.
36. Derselbe, Patient mit Erythrodermie. Verhandlung der Wiener dermatol. Ges. 10. V. (Diskuss.: Neumann, Ehrmann, Weidenfeld) u. 24. V.
37. Fleischer, Julius, Zur Kenntnis des Erythema infectiosum. Wiener med. Wochenschr. S. 2023.
38. Freund, R., Arzneiexanthem nach Aspirin. Münch. med. Wochenschr. S. 707.
39. Friedrich, P. L., Die Behandlung infektionsverdächtiger und infizierter Wunden, einschliesslich der panaritialen, phlegmonösen, furunkulösen Entzündungen. Deutsche med. Wochenschr. S. 1027.
40. Galewsky, Über berufliche Formalinonychien und Dermatitiden. Münch. med. Wochenschr. S. 164.
41. Derselbe, Über die durch Pflanzen hervorgerufenen Dermatitiden. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Dresden 21. 1.
42. Derselbe, Über Eucalyptus-Dermatitiden. Dermat. Zeitschr. S. 36.
43. Galzin, E., Les froidures graves (prophylaxie; premiers soins).
44. Garceau, Alexander C., Erythema keratodes. Med. Soc. of the State of California 18.—20. IV.
45. Gellis, Fall von Erythema bullosum (Mit Diskuss. von Neumann, Mracek, welch letzterer 2 Krankengeschichten mitteilt). Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 22. II.
46. Goldenstein, Ch., Le pseudo-erysipèle vasomoteur chez des tuberculeux. Thèse de Paris.
47. Grenet, H., Pathogénie du purpura. Thèse de Paris.
48. Halberstädter, Hydroa vacciniformis. Schles. Ges. f. vaterländ. Kultur in Breslau, 10 II.
49. Harnack, E., Bemerkungen zu einem Todesfall nach Anwendung der offizinellen Borsalbe bei einer Brandwunde. Deutsche med. Wochenschr. S. 879.
50. Hasting, T. W., Purpura haemorrhagica. Amer. Journ. of the Med. Scienc., Mai.
51. Havats, A., Erythema exsudativum egy különös alakjáról. (Ein eigenartiger Fall von Erythema exsudativum.) Jahresbericht der Kommunal-Spitäler der Haupt- und Residenzstadt Budapest S. 175.
52. Herold, J., Carbolic acid gangrene. Med. News 1. Juli.
53. Hirschfeld, Max, Accidents toxiques consécutifs à l'emploi prolongé de la phénacétine. Sem. méd. S. 31.
54. Derselbe, Ein Fall von chronischer Phenacetin-Vergiftung. Deutsche med. Wochenschr. S. 66.
55. Hoffmann, Erich, Über eine durch Scilla maritima hervorgerufene vesikulöse Dermatitis nebst Bemerkungen über die Bedeutung der Raphiden. Dermatol. Zeitschr. S. 387.
56. Derselbe, Über Isoformdermatitis bei einem mit Jodoformidiosynkrasie behafteten Kranken. Berliner klin. Wochenschr. S. 802.

57. Hoffmann, Erich, Fall von Isoformdermatitie. (Diskuss. von Pinkus). Verhandl. der Berliner Dermatol. Ges. 9. V.
58. Derselbe, Fall von Migräninexanthem. Ges. der Charité-Ärzte in Berlin 8. VI.
59. Derselbe. Über Isoformdermatitis. Ges. der Charité-Ärzte in Berlin 8. VI.
60. Jahoby, Robert, Über die Behandlung der Brandwunden mit Zinkperhydrol. Therap. Monatsh. S. 636.
61. Joseph, Max, und Vieth, H., Über die Behandlung der Frostbeulen. Dermatol. Zentralbl. S. 162.
62. Ivanyi, Ernö. Jodkali okozta erythema annulare esete. (Fall von Erythema annulare bei Jodgebrauch.) Orvosi Hetilap S. 14. (Kasuistische Mitteilung.) (Bodon).
63. Kaiser, Fall von Dermatitis acnta. Breslauer dermatol. Verein. 12. I.
64. Kiesileff, Purpura rhumatoide et troublee gastro-intestinaux. Thèse de Montpellier.
65. Kitchiguiue, A., Ein schwerer Fall von Verbrennung. Voïenno med. Okt.
66. Koren, Irimann, Artificial dermatitis efter dudguidring med. ol hyoscyami infus. (Artifizielle Dermatitis nach Einreibung mit Ol. hyoscyami infus. (grünem Öl). Norsk Magazin for Laegevidenskaben I. Heft. S. 83.
67. Kreibich, K., und Polland, R, Refraktometrische Untersnchnngen exsudativer Dermatosen. Arch. f. Dermat. u. Syphilie Bd. 75. S. 3.
68. Kress, H, Accidents toxiques causés par le véronal. Sem. méd. S. 69.
69. Labbé, Sur un cas de purpura hémorrhagique avec réaction myéloide du sang. (Josué). Soc. méd. des hôp. 22. Dez.
70. De Lange, Cornelia, Recidiveerend polymorph serumexanthem. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 18. März.
71. Ledermann, Reinhold, Ein Fall von Pyodermite végétante. Berliner klin. Wochenschr. S. 146.
72. Leiner, 6 Monate altes Kind mit Bromakne im Gesichte. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 10. V. (Diskuss.: Neumann).
73. Lenoble, E., Le purpura myéloïde et les érythèmes infectieux hémorrhagiques à forme purpurique (purpuras hémorrhagiques faux ou secondaires). Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol., Sept.
74. Leviseur, Clinical aspect and treatment of pompholix. Journ. of cut. die. Oct.
75. Lionti, G., La pategenesi delle alterazioni anatomo-patologiche e della morte rapida della scattature della pelle. Giorn. internaz. delle sc. mediche. fasc. 7, S. 314.
76. Loobl, H. S, Fall von Antipyrinexanthem. Ges. f. innere Medizin u. Kinderheilk. in Wien. 9. III.
77. Derselbe, Seltene Lokalisation eines Antipyrinexantheme. Wien. med. Bl. S. 315.
78. Löwenhardt, Fall von Dermatitis herpetiformis (?). (Pemphigus pruriginosus.) Breslauer dermat. Verein 6. VI.
79. Lohrisch, Hans, 2 Fälle von „sporadischem Skorbut". Münch. medizinische Wochenschr. S. 305.
80. Lorentzen, C., Om smertende infiltrater i hud og muskler og deres symtomer. Über die schmerzhaften Infiltrationen der Haut und der Muskeln und über ihre Symptomatologie.) Ugeskrift f. Laeger 18. u. 25. Mai.
81. Mac Gowan, The use of adrenalin chloride in haemorrhages and angioneurotic diseases of the skin. Journ. of cutan. dis. Febr.
82. Mac Kee, The treatment of chancroidal, herpetic and varicose ulcerations by the high frequency spark. Journ. of cut. dis. Dec.
83. Mahne. Über Wismut-Vergiftung. Berliner klin. Wochenschr. S. 232.
84. Malinowski, F., Hydroa vacciniformis. Gaz. lekarska, 11. u. 18. Febr. S. 105 u. 141.
85. Mantel, P., Purpura exanthématique. Arch. de méd. des enfants Juni.
86. Marfan, De la pathogénie des accidents sérothérapiques. Soc. méd. des hôp. (Disknss.: Variot, Comby, Barhier.)
87. Marini, N, Sopra un caso di porpora reumatica e nefrite. Gazz. degli Osped. 29. Oktober.
88. Maximow, Alexander, Beiträge zur Histologie der eiterigen Entzündung. Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allgem. Pathol. Bd. 38. S. 301.
89. Mazza, G., Appunti sul pomfigo e pemfigoidi. Clinica moderna 4. Jan.
90. Méneau, Julien, Du pemphigus des muqueuses. Journ. des mal. cut. et syph. VI. Série. T. 17.
91. Miller, D. J. M., A case of menstrual urticaria. Med. Record Vol. 67. S. 738.
92. Miodet, A. Les formes chroniques du purpura hémorrhagique. Thèse de Paris.

93. Montgomery, The mould of dermatitis coccidioides. Journ. of cutan. dis. März.
94. Monti, Über akute fieberhafte Erytheme im Kindesalter. Allgem. Wiener med. Ztg. S. 6, 20.
95. Mornn, J., Contrihution à l'étnde du purpura. Thèse de Paris.
96. Monssous, A., Le mégalérythème épidémique; qnelques cas observés à Bordeaux. Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux. 10. Dezember.
97. Mracek, 2 Fälle von Pemphigus vulgaris, wovon einer mit erythematösem Vorstadium. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 15. III. (Diskuss.: Weidenfeld, Spiegler).
98. Mulert, Eine merkwürdige Wirkung der Crocusaufnahme. Therapeut. Monatsh. S. 217.
99. Nassauer, Max, Erfrierung? Münch. med. Wochenschr. p. 151, nebst Bemerkungen von O. Rommel, Grünebaum, H. Flörcken, Loewenthal und Hochsinger. S. 248, 296.
100. Nicolas, J., et Favre, M., Sur le rôle de l'érythème chrysophanique dans l'action thérapeutique dans l'action thérapeutique sur le psoriasis. Lyon méd. 12. November.
101. Nobl, Fall von habitueller Skrofulo-Tuberkulose mit Dermatite vacciniforme des jeunes enfants oder Ecthyma vacciniforme infantile (mit Diskuss. von Neumann, Ehrmann, Leiner). Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 22. II.
102. Nobl, G., Zum Kapitel der Graviditätsdermatosen (Impetigo herpetiformis, Pyodermite végétante). Wiener med. Wochenschr. S. 1033, 1105.
103. Oppenheim, Fall von Purpura rheumatica. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 7. VI.
104. Ormsby and Bassoe, A case of acute malignant pemphigus with authopsy report. Journ. of cutan. dis. Juli.
105. Parascandolo, Carlo, Über Gifte im allgemeinen mit besonderer Berücksichtigung des Verbrennungsgiftes. Immunisierung und Serumtherapie bei Verbrennungen. Wiener med. Wochenschr. S. 985, 1042, 1097, 1164, 1221, 1269, 1325, 1390, 1434, 1475, 1518, 1551, 1596.
106. Pelagatti, M., Alterazioni del midollo osseo in un caso di pemfigo. Contributo allo studio della patogenia del pemfigo. Giorn. ital. delle malattie veneree e della pelle. fasc. 1. S. 54.
107. Pelagatti, Altérations de la moëlle osseuse dans un cas de pemphigus. Rev. prat. des mal. cut. syph. et vén. S. 86.
108. Pettazzi, A., et Cerri, V., Contributo alla conoscenza del pemfigo acuto ed alla terapia generale delle infezioni acute colle iniezioni antisettiche. Boll. delle cliniche. Mai. Nr. 5.
109. Pfeiffer, Herm., Experimentelle Beiträge zur Ätiologie des primären Verbrennungstodes. Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. u. f. klin. Mediz. Bd. 180. S. 367.
110. Pini, G., Contributo alla conoscenza delle dermiti. Bullettino delle Scienze mediche di Bologna.
111. v. Pirquet, Neuere Erfahrungen über die Serumkrankheit. 77. Vers. deutscher Naturforscher und Ärzte, Abt f. Kinderheilk. (Diskuss.: Escherich.)
112. Ponticaccia, Esanthema scarlattiniforme de siero antidifterico. Rivista Venet. Nr. 6.
113. Preis, K., Homályos actiologiájú dermatitis universalis esetek. (Fälle von Dermatitis universalis unbestimmter Ätiologie.) Jahresbericht der Kommunal-Spitäler der Haupt- und Residenzstadt Budapest S. 217. (Kasuistische Mitteilung.) (v. Marschalkó-Kanitz.)
114. Putze, Zusammenstellung von Frostmitteln. Pharmazeut. Zeitung. S. 970.
115. Reale, Valore da assegnarsi in dermatologia alla sintoma di Nikolsky-Stukovenkoff Società italiana di Dermatologia e Sifilografia, Dicembre. Giorn. it. de m. veneree e della pelle. 1906. fasc. 1.
116. Richet, Charles, Notizen über Thalassin (ein in den Fühlfäden der Seenesseln befindliches, Jucken hervorrufendes Gift). Arch. f. d. ges. Physiol. des Menschen u. der Tiere. Bd. 108. S. 369.
117. Rille, 3 Fälle von Pemphigus chronicus. Med. Ges. zu Leipzig 27. VI.
118. Derselbe, Fall von Pemphigus vulgaris. Med. Ges. zu Leipzig 25. VII.
119. Risel, Hans, Ein Beitrag zu den Purpura-Erkrankungen. Zeitschr. für klin. Med. Bd. 58. S. 163.
120. Ritter, Karl, Die Entstehung der entzündlichen Hyperämie. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Mediz. u. Chir. S. 325.

121. Rosenhaupt, Heinr. Klinischer Beitrag zur Serumkrankheit. Münch. med. Wochenschr. S. 2019.
122. Ruchand, E., Contribution à l'étude de la dégénérescence cancroïdale des brûlures. Thèse de Lyon.
123. Sabrazès, J. et Delaunay, A., Eruptione scarlatinoïdes et urticarienne successives après sérothérapie antidiphtérique sans réaction précipitante du sérum. Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux. 30. Juli.
124. Sachs, Patient mit Lues und einem besonders auf Stirn, Hals und Nacken lokalisierten Erythema exsudativum multiforme. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 29. III.
125. Sadoul, L., Nécessité de faire les injections de sels de quinine en plein muscle pour éviter les abcès. Sem. méd. S. 594.
126. Schaeche, Vergiftung nach Gebrauch der Wismutbrandbinden. Therapeut. Monatsh. S. 381.
127. Schindler, 2 Fälle von Acrodermatitis chronica atrophicans. Bresl. dermat. Verein. 6. VI.
128. Derselbe, Fall von Dermatitis lichenoides pruriens. Bresl. dermat. Verein. 6. VI.
129. Fall von Pemphigus chronicus benignus. Bresl. dermat. Verein. 6. VI.
130. Schofield, S. R., Infective purpura. Lancet. 23. September. S. 878.
131. Schreiber, Fall von Epidermolysis congenita. Med. Ges. in Göttingen. 12. I.
132. Seegall, Fall von Dermatitis herpetiformis. Verhandl. der Berl. dermatol. Ges. 20. VI. (Diskuss.: Rosenthal, Heller.)
133. Selenew, J. F., Exsudationen und Keratosen. Dermatol. Zeitschr. S. 570 u. Russ. Journ. d. Haut- und venerischen Krankh. Januar.
134. Shaw, H. L. K., Erythema infectiosum. Amer. Journ. of the Med. Scienc. Jan.
135. Siebert, Dermatitis arteficialis an Händen und Armen. Bresl. dermatol. Verein. 12. I.
136. Derselbe, Dermatitis herpetiformis, jeder Therapie trotzend. Bresl. dermat. Verein. 6. VI.
137. Derselbe, Fall von Dermatitis herpetiformis Duhring (?). Bresl. dermat. Verein. 12. I.
138. Silbermark, Schürzenbildung der Bauchhaut nach Verbrennung. Ges. der Ärzte in Wien. 17. III., 14. IV.
139. Sinclair, Gangrene of the skin following the use of stovaine. Journ. of cutan. dis. Juli.
140. Sneve, H., The treatment of burns and skin grafting. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 45. 1. Juli. S. 1.
141. Secht, Erythema bullosum (?). (Pemphigus acutus benignus ?). Bresl. dermat. Verein 6. VI.
142. Spiegler, Fall von Pemphigus vegetans (mit Diskussion von Neumann, Mraček). Verhandl. der Wiener dermat. Ges. 11. I.
143. Tchouprina, I., Beitrag zur Ätiologie des Pemphigus acutus der Neugeborenen. Med. Obozr. LXIV. 21.
144. Tolstizky, Rivks, De la cytologie du liquide des vésicatoires et de sa valeur diagnostique. Thèse de Genève.
145. Théodoroff. Les exanthèmes post-sérothérapiques. Thèse de Lausanne.
146. Török, Ludw., und Vas, Bernh., Bemerkungen zu K. Kreibich und R. Polland, Refraktometrische Untersuchungen exsudativer Dermatosen. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 76. S. 159.
147. Truffi, M., Intorno al comportamento del midollo osseo nel pemfigo. Società italiana di Dermatologia e Sifilogr. Dicembre und Giorn. it. della m. veneree e della pelle. fasc. 1.
148. Derselbe, Il sintoma di Nikolsky nel pemfigo. Giorn. delle mal. ven. e della pelle. fasc. 5. S. 594.
149. Ullmann, Fall von Erythema multiforme mit typischer ausschliesslicher Lokalisation an beiden Handrücken. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 7. VI.
150. Ullmann, Karl, Über autotoxische und alimentäre Dermatosen. Allgem. Wiener med. Zeitg. S. 426, 438, 450.
151. Derselbe, Über autotoxische und alimentäre Dermatosen. Wien. med. Presse. 4. Juni. S. 1125.
152. Umbert, Un caso de hidroa vacciniforme (Bazin). Revista de Medicina y Cirugia de Barcelona. Okt.
153. Valli, A., Eritema nodoso e porpora febbrile. Gazz. degli Osped. 26. Febr.
154. Vosa G., Edema maligno delle parti genitali maschili; guarigione. Roma, Melfi.
155. Walbach, The life cycle of the organism of dermatitis coccidioides. Journ. of cutan. dis. Jan.

156. Ward, S. B., Erythema and urticaria, with a condition resembling angeioneurotic oedema, caused only by exposure to the sun's rays. New York med. Journ. Vol. 81. S. 742.
157. Derselbe, Report of a case of vasomotor disturbance caused by exposure to sunlight. Med. Soc. of the State of New York 31. I. (Diskuss.: Ruggles, Kinnear, Curtis.)
158. Warfield, L. M., Erythema multiforme following vaccination. Journal of the American medical Association. Bd. XLV. S. 852.
159. Watson, W. B., A case of widespread ulceration of skin and connective tissue. Lancet. 3. Juni. S. 1487.
160. Weidenfeld, Fall von Pemphigus pruriginosus. Verhandl. der Wiener dermat. Ges. 10. V.
161. Weidenfeld, St. und v. Zumbusch, L., Weitere Beiträge zur Pathologie und Therapie schwerer Verbrennungen. Arch. f. Dermat. u. Syph., Bd. 76. S. 77 u. 163.
162. Weik, Fall von Hydroa vacciniforme aestivalis, von Halberstädter 12. I. als Lupus erythematodes oder Sklerodermie (?) vorgestellt. Breslauer dermat. Verein. 6. VI.
163. Wein, E., Die chirurgische Behandlung der Brandwunden. Pest. med.-chir. Presse. 16, 23. u. 20. Juli.
164. Weiss, Siegfried, Zur Symptomatologie der Barlowschen Krankheit. Wien. med. Wochenschr. S. 368.
165. Welander, Evard, Ein Fall von Erythema multiforme exsudativum mit tödlichem Ausgang. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, Bd. 77. S. 289.
166. Werther, Über metastatische Dermatitis bei Sepsis. Ges. f. Natur- u Heilk. zu Dresden 28. I.
167. Westberg, Fall von Erythema nodosum. Ärztl. Verein in Hamburg. 27. VI.
168. Widal, Pathogénie des accidents sériques. Soc. méd. des hôp. 26 Mai.
169. Wolff, Fall von Acrodermitis. Unterelsäss. Ärzteverein in Strassburg, 27. V. (Diskuss.: Adrian.)
170. Zieler, Über akute multiple Hautgangrän nebst Untersuchungen über durch rohe Salzsäure hervorgerufene Nekrosen. Deutsche Zeitschrift. für Nervenheilk. Bd. 28. S. 184.
171. Zumbusch, Leo R. v., Über zwei Fälle von Pemphigus vegetans mit Entwicklung von Tumoren. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 73. S. 121.
172. Zuppinger, Mädchen mit Erythema exsudativum multiforme bullosum. Ges. f. innere Medizin u. Kinderheilk. in Wien, pädiatr. Sektion. 8. VI.

Aus dem Gebiete des Pemphigus hat Zumbusch (171) zwei Fälle von Pemphigus vegetans, die besonderes Interesse durch eigenartige Tumorbildung bieten, ausführlich beschrieben. Im ersten dieser Fälle handelte es sich um einen 46 Jahre alten Patienten, der mit kleinen roten Flecken in der Genitocruralgegend und am Nabel erkrankte. Gleichzeitig stellten sich Schmerzen im Munde und Nasenbluten ein. Etwa einen Monat danach begannen die erkrankten Stellen zu nässen und nach vier Monaten bot sich folgendes Bild. Am Nabel und in der Inguinalgegend befanden sich bis handtellergrosse, elevierte, gefurchte und mit grau getrübtem Epithel bedeckte Partien, die am Rande schlaffe, eitrige Blasen zeigten und von einem entzündlichen Hof umgeben waren. An der Schleimhaut des Mundes zeigten sich mehrere Narben, die zum Teil in Überhäutung begriffen waren, zum Teil noch mit dunkelgelbem haftendem Belage bedeckt waren. Patient verliess damals — es war im Jahre 1899 — die Klinik und kam erst November 1903 wieder zur Aufnahme, nachdem sich in Intervallen immer wieder Blasen und Wucherungen gebildet hatten. Der letzte Ausbruch im September war besonders heftig gewesen, nachdem Patient zuvor fast ganz frei gewesen war. Der Status war ähnlich dem früheren. Nur war die Krankheit zerstreut über den ganzen Körper verbreitet. Die erkrankten Stellen waren mit übelriechendem Belage von Krusten oder stark durchfeuchtetem, verdicktem Epithel bedeckt. Am Hinterkopfe waren die Herde frambösieartig gewuchert, die Zunge

war stark verdickt, ohne anscheinend entzündlich zu sein, die Oberfläche zerklüftet mit spitzen Exkreszenzen bedeckt, die Nägel matt, brüchig und faltig. Neben zahlreichen charakteristischen Vegetationen besonders der Leistenbeugen fanden sich nun in der linken Schenkelbeuge und über der linken Spina ant. deutliche Tumoren, die weiche, etwa 1 cm bis walnussgrosse lebhaft rote, gelappte, knotige Gebilde darstellten, die zum Teil gestielt aufsassen und wie spitze Kondylome aussahen. Auch histologisch erinnerten diese Tumoren an ältere Drusen spitzer Kondylome. Die Behandlung bestand lokal in Bekämpfung der entzündlichen Erscheinungen durch antiphlogistische Umschläge, sowie in Applikation von Salben, allgemein in Verabreichung von Arsen. So hielt sich der Zustand leidlich bis Mai 1904. Damals brachen zahlreiche neue Bläschen hervor. Die Vegetationen vermehrten sich stark und am 22. Mai ging der Patient zugrunde.

Im zweiten Falle begann die Krankheit mit nässenden Flecken, denen bald ein Ausbruch grösserer und kleinerer Blasen folgte. Auch bildeten sich besonders an den Beugeseiten der Extremitäten blassrosa bis dunkelbraun pigmentierte Scheiben, z. T. feinkleiig schuppend. Auch sonst fanden sich Schuppen, die teilweise in Krusten übergingen, nach deren Entfernung nässende Flächen mit spärlich dünnem Eiter zutage traten; daneben bestanden auch erhabene Partien. Die Behandlung bestand zunächst in Anwendung von Salben und wurde dadurch auch eine Besserung erzielt. Dann kam Patientin nach 4 Wochen wieder. Die Wucherungen waren grösser geworden und ragten bis 1 cm über das Hautniveau; später fanden sich auch hier Tumoren bis Nussgrösse. Durch Teerbäder, Arsen etc. besserte sich die Krankheit, doch traten öfters Rückfälle ein. Einmal im weiteren Verlaufe zeigte sich eine recht intensive akute Rötung und Schwellung der Haut mit Nässen, dann aber besserte sich der Zustand, so dass Patientin als gebessert entlassen werden konnte. Zumbusch weist bei beiden Fällen auf die relative Gutartigkeit hin und betont als bisher noch nicht beschrieben die Bildung von Tumoren im Gegensatz zu flachen Vegetationen. (D.)

Selenew (133) analysiert folgende Fälle seltener Hautkrankheiten, welche ausführlich beschrieben und mikroskopisch untersucht worden sind:

a) Ichthyosis hystrix bullosa,
b) Pemphigus foliaceus, Übergang desselben in Ichthyosis hystrix,
c) gleichzeitiges Bestehen von Pemphigus der Schleimhäute, von Pemphigus vulgaris und von Pemphigus vegetans der Haut,
d) Dermatitis exfoliativa Wilsoni,
e) Ichthyosis und Atrophie der Haut nach exsudativem Erythem,
f) Psoriasis madidans diffusa, circumscripta, rupioides, cornea.

1. Die exsudativen Keratosen (die symmetrischen und allgemeinen) weisen deutlich auf eine Beteiligung des Nerven- und Gefässsystems (des zentralen) an der Ätiologie der Keratosen selbst hin; die Möglichkeit des Auftretens von freiem Exsudat auf der Hautoberfläche ist häufig durch die histologischen Veränderungen der Gewebe (Hyperämie, Ödem des Derma, des Rete Malpighii, vakuoläre Degeneration des letzteren, nahe Entfernung zwischen den papillären Gefässen und der äusseren Hautoberfläche) bedingt.

2. Die Bildung von Blasen (erythematoider, pemphigoider) bei Ichthyosis und Pemphigus (Pemphigus foliaceus et vegetans) geht in gleicher

Weise in den verschiedenen Schichten der Epidermis (der Hornhautschicbt und des Rete Malpighii) nnd selbst an der Grenze zwischen dem Rete Malpighii) und dem Derma vor sich.

3. Die Ablösung der Epidermis in grosser Ausdehnung bei Pemphigus foliaceus hängt von der Unterminierung der verschiedenen Höhen durch das Exsudat ab, bleibt aber keineswegs ausschliesslich im Stratum lucidum lokalisiert. Die nämliche Ablösung kann bei sämtlichen umfangreichen Exsndationen (bei Ichthyosis hystrix bullosa, bei Erythemen, bei Pemphigus) beobachtet werden.

4. Die exsudativen Keratosen (Pemphigus foliaceus) können in trockene übergehen und ichthyosiforme Hornhautansammlungen der Haut geben.

5. Die Bedeutung des exsudativen Prozesses wird durch die Möglichkeit der Bildung von Bläschen und Blasen im Rete Malpighii bei Ichtbyosis und bei Pemphigus foliaceus und Pemphigus vegetans) verallgemeinert.

6. Hypertrophie der Papillarschicht wird sowohl bei Pemphigus foliaceus, wie auch bei Pemphigus vegetans beobachtet, mit dem Unterschiede jedocb, dass sie bei dem letzteren warzenförmige Wucherungen bildet und histologisch selbst dort nachgewiesen werden kann, wo diese Wucherungen klinisch nicbt wabrnehmbar sind.

7. Die Eosinopbilie ist bei Pempbigus foliacens keine Regel.

8. Die Assimilierbarkeit des Stickstoffes unterscheidet sich bei mit Pemphigus foliaceus behafteten Personen von derjenigen bei gesunden Menschen nicht.

9. Bei Dermatitis exfoliativa treten scharf hervor: Erscheinungen von Parakeratosis, Atropbie der Papillen und des Rete Malpigbii und scbwaches Ödem des Derma nnd der Epidermis.

10. Dieselbe Exsudation (Psoriasis madidans), Borkenbildung (Psoriasis crustosa, ectbymatosa, favoides) und Wucherung der Papillen (Psoriasis vegetans), Hornhautgebilde (Psoriasis cornea) können auch bei Psoriasis beobachtet werden.

11. Schliesslich kann das Erythema exsudativum in ichthyöse Form (Erythema ichthyosiforme) nebst Atrophie der Haut (Atropbia idiopathica cutis) übergehen. (Se.)

Aus dem Gebiete des Pemphigus hat Zumbusch (171) zwei Fälle von Pempbigus vegetans, die besonderes Interesse durch eigenartige Tumorenbildung bieten, ausführlich bescbrieben. Im ersten dieser Fälle handelte es sich um einen 46 Jahre alten Patienten, der mit kleinen, roten Flecken in der Genito-cruralgegend und am Nabel erkrankte. Gleichzeitig stellten sich Schmerzen im Munde und Nasenbluten ein. Etwa einen Monat danach begannen die erkrankten Stellen zu nässen, und nach vier Monaten bot sich folgendes Bild: Am Nabel und in der Inguinalgegend befanden sich bis handtellergrosse, elevierte, gefurchte und mit grau getrübtem Epitbel bedeckte Partien, die am Rande scblaffe, eiterige Blasen zeigten und von einem entzündlichen Hof umgeben waren. An der Schleimhaut des Mundes zeigten sich mebrere Narben, die zum Teil in Überhäutung begriffen waren, zum Teil nocb mit dunkelgclbem, haftendem Belage bedeckt waren. Patient verliess damals — es war im Jahre 1899 — die Klinik nnd kam erst November 1903 wieder zur Aufnahme, nachdem sich in Intervallen immer wieder Blasen und Wucherungen gebildet hatten. Der letzte Ausbruch im September war besonders heftig gewesen, nacbdem Patient

zuvor fast ganz frei gewesen war. Der Status war ähnlich dem früheren. Nur war die Krankheit zerstreut über den ganzen Körper verbreitet. Die erkrankten Stellen waren mit übelriechendem Belage von Krusten oder stark durchfeuchtetem, verdicktem Epithel bedeckt. Am Hinterkopfe waren die Herde framboësieartig gewuchert, die Zunge war stark verdickt, ohne anscheinend entzündet zu sein, die Oberfläche zerklüftet mit spitzen Exkreszenzen bedeckt, die Nägel matt, brüchig und faltig. Neben zahlreichen charakteristischen Vegetationen, besonders der Leistenbeugen, fanden sich nun in der linken Schenkelbeuge und über der linken Spina ant. deutliche Tumoren, die weiche, etwa 1 cm bis walnussgrosse, lebhaft rote, gelappte, knotige Gebilde darstellten, die zum Teil gestielt aufsassen und wie spitze Kondylome aussahen. Auch histologisch erinnerten diese Tumoren an ältere Drüsen spitzer Kondylome. — Die Behandlung bestand lokal in Bekämpfung der entzündlichen Erscheinungen durch antiphlogistische Umschläge sowie in Applikation von Salben, allgemein in Verabreichung von Arsen. So hielt sich der Zustand leidlich bis Mai 1904. Damals brachen zahlreiche neue Bläschen hervor, die Vegetationen vermehrten sich stark, und am 22. Mai ging Patient zugrunde.

Im zweiten Falle begann die Krankheit mit nässenden Flecken, denen bald ein Ausbruch grösserer und kleinerer Blasen folgte. Auch bildeten sich besonders an den Beugeseiten der Extremitäten blassrosa bis dunkelbraun pigmentierte Scheiben, zum Teil feinkleiig schuppend. Auch sonst fanden sich Schuppen, die teilweise in Krusten übergingen, nach deren Entfernung nässende Flächen mit spärlich dünnem Eiter zutage traten; daneben bestanden auch erhabene Partien. Die Behandlung bestand zunächst in Anwendung von Salben, und wurde dadurch auch eine Besserung erzielt. Dann kam Patientin nach vier Wochen wieder. Die Wucherungen waren grösser geworden und ragten bis 1 cm über das Hautniveau; später fanden sich auch hier Tumoren bis Nussgrösse. Durch Teerbäder, Arsen etc. besserte sich die Krankheit, doch traten öfters Rückfälle ein. Einmal im weiteren Verlaufe zeigte sich eine recht intensive akute Rötung und Schwellung der Haut mit Nässen, dann aber besserte sich der Zustand, so dass Patientin als gebessert entlassen werden konnte. Zumbusch weist bei beiden Fällen auf die relative Gutartigkeit hin und betont, als bisher noch nicht beschrieben, die Bildung von Tumoren im Gegensatz zu flachen Vegetationen. (D.)

Einen ebenfalls gutartigen Verlauf nahm ein von Schindler (129) auf der Breslauer dermatologischen Gesellschaft demonstrierter Fall von Pemphigus. Nach 3¼jähriger Behandlung konnte Patient hier entlassen werden, doch zeigten sich auch später noch gelegentlich am Skrotum, Penis und an den Zehen kleine Bläschen mit rein serösem Inhalte. Das Allgemeinbefinden blieb gut. (D.)

Nichts Besonderes boten drei von Rille (117) in der Med. Ges. zu Leipzig gezeigten Fälle von ebenfalls chronisch verlaufendem Pemphigus. (D.)

An der Hand von drei Kranken mit vesiko-bullösem Typus bespricht Mazza (89) die Differentialdiagnose und zeigt, dass keine der drei grossen Theorien absolut zurecht besteht, von denen die eine den Pemphigus als eine Trophoneurose, die andere als eine Infektion, die dritte als Intoxikation betrachtet. Die Behandlung selbst kann deshalb nur rein symptomatisch sein. Örtlich frühzeitige Punktion oder Inzision

8*

der Blasen, Anwendung von keratoplastischen Salben (Zinkoxyd, venetianisches Talkum, ãã 20, Vaselin 60 g). Wird das Präparat nicht gut vertragen, dann $2\frac{1}{2}$ % Borwasserumschläge. Um den Jnckreiz zu beseitigen, Einreibungen mit Oleum cadini oder Salbungen mit 1 % Mentholsalbe; Jodkali oder Baldrian innerlich, eventuell auch Karbolsäure (Pillen mit 0,1 g), Bepinselungen der Schleimhäute mit Cocablätterdekokt oder mit Kokainlösungen. Für den Allgemeinzustand Eisen und roborierende Diät. Bei nervösen Erscheinungen Strychnininjektionen. (Ve.)

Zwei Fälle von akutem Pemphigus bei zwei Brüdern aus Cozzolinos Praxis (22), von denen der eine 13 Monate, der andere $5\frac{1}{2}$ Jahre alt war. Aus den Blasen des einen Falles gewann Cozzolino einen Staphylococcus pyogenes aureus, der nur schwach pathogen sich erwies; das Blutserum des Säuglings besass diesem gegenüber ausgesprochene agglutinierende Fähigkeiten. Verf. schliesst daraus: 1. der akute Pemphigus muss als eine allgemeine fieberhafte Infektionskrankheit betrachtet werden, mit typischen Hantausschlägen, und nicht einfach als ein Hautleiden, und zwar wegen seiner Ansteckungsfähigkeit, wegen der Möglichkeit des epidemischen Auftretens, wegen des oft vorhandenen Fiebers, wegen der Drüsenschwellungen und wegen der Möglichkeit einer komplizierenden Nierenentzündung. 2. Die Lokalisation der Blasen an den Fusssohlen und an den Handtellern ist kein sicheres Kennzeichen für die syphilitische Natnr der Erkrankung. 3. Wenn der Staphylococcus pyogenes anreus nicht der Erreger der Krankheit ist, so kann man ihn zum mindesten nicht als einfachen nebensächlichen Befund oder als Saprophyten betrachten. (Ve.)

Nach einer Vorrede über den Pemphigus als Infektionskrankheit bringen Pettazzi und Cerri (108) die Krankengeschichte einer Frau, die am 8. Tage des Wochenbettes von der Erkrankung heimgesucht wurde. Im Beginn der 2. Woche, als der Zustand der Kranken bedenklich geworden war, wurde eine Injektion von 1,0 einer 3 % Karbollösung in Anwendung gezogen, wonach erhebliche Besserung eintrat. Am Abend 2. Injektion und nnter fortwährender Besserung noch weitere Injektionen, zwei am Tage. Am 8. Tage (8 Einspritzungen) war die Temperatur 37°, die Infektion geheilt. Verff. schliessen daraus: 1. der akute Pemphigus ist eine Infektionskrankheit, die vom chronischen Pemphigus, mit dem sie nur das Auftreten der Blasen gemein hat, durchaus verschieden ist; eine Krankheit mit 7 tägigem Typus, mit wohl unterschiedenen Perioden der Inkubation, Invasion, Status, viszeralen Komplikationen nnd Resolutionen. 2. Eine Eintrittspforte für die Infektion bilden Kontinuitätstrennungen der Haut nnd der Schleimhäute. 3. Wahrscheinlich ist der ätiologische Faktor ein Strepto- oder ein Staphylococcns. 4. Das beste und rationellste Heilmittel stellen subkutane oder endovenöse Karbolinjektionen dar. (Ve.)

60jähriger Patient Pelagattis (106), der 30 Tage nach Beginn des ohne besondere Ursache aufgetretenen Pemphigus gestorben ist. Die Blutuntersuchung einen Tag vor dem Tode liess folgende Leukozytenzusammensetzung erkennen: Lymphozyten 2, grosse Leukozyten mit homogenem Protoplasma 14, neutrophile Myelozyten 4, Übergangsform 18, neutrophile Polynukleäre 61, eosinophile Polynukleäre 1. Die Untersucbung frischer Knochenmarkpräparate zeigte auf 100 Leukozyten 75 Mononukleäre mit homogenem Protoplasma, viele davon in Kernteilung, 12 eosinophile Mononukleäre, 7 Lymphozyten mit grossem Protoplasma,

6 Mononukleäre mit basophilem oder neutrophilem gekörntem Protoplasma; hier und da einige Megakaryozyten und spärliche Polynukleäre mit azidophilen oder neutrophilen Granulationen; rote Blutkörperchen sind in erheblich geringerer Menge als im normalen Zustande vorhanden; gekörnte rote Blutkörperchen sind nur sehr spärlich und schwer sichtbar. Auf dem Durchschnitt des Knochenmarks, nach vorhergegangener Fixation, zeigte sich eine ausgesprochene Leukozytenreaktion an der Peripherie, weniger im Zentrum. Die Kapillaren sind vielfach verdünnt und leer, andere wieder bauchig erweitert und vollgepfropft von Blutkörperchen mit spärlichen Myelozyten, besonders in der Zone, die den von Fettherden durchsetzten Teilen des Markes benachbart sind. In dem Teil des Markes, der Reaktion gezeigt hatte (Peripherie), fanden sich Höhlen mit Blut gefüllt, die in direktem Zusammenhang mit den Leukozytenansammlungen zu stehen schienen, und in den Zwischenräumen sah man zwischen den Myelozyten noch deformierte Blutkörperchen. Die Morphologie und das prozentuale Verhältnis der verschiedenen, die Zellhaufen bildenden Elemente waren identisch mit denen der frischen Präparate; damit wurden bei dieser Autopsie Knochenmarksveränderungen beim Pemphigus nachgewiesen, die demnach die Theorie stützen können, dass der Pemphigus eine Hämatodermie darstellt. (Ve.)

Das Nikolskysche Symptom wurde von Truffi (148) bei einem Fall von primärem Pemphigus foliaceus, bei einem sekundären Pemphigus, bei einigen Fällen von echtem chronischen Pemphigus und bei Fällen, die von dem Bilde des echten Pemphigus durch den günstigen Ausgang abweichen, beobachtet. Es ist kein absolutes Zeichen für Pemphigus foliaceus, auch kein ausschliessliches Attribut für die mit dem Tode endenden Fälle. Es kann jedoch das Anzeichen für das Bestehen der Krankheit in den Fällen sein, in denen die charakteristischen Erscheinungen fehlen. Beim Pemphigus der Neugeborenen zeigt es sich gewöhnlich ausschliesslich an den Extremitäten, bei den übrigen Fällen entwickelt es sich völlig unabhängig von allen Beziehungen zu den Störungen der örtlichen Zirkulation, sei es auf der ganzen Hautoberfläche (mit Ausnahme der Hand und Fusssohle), sei es auf mehr oder minder beschränkten Gebieten. Man beobachtet es sowohl bei dürftig Ernährten, wie auch bei Kranken mit vortrefflichem Ernährungszustand. (Ve.)

Gelegentlich eines Krankheitsfalles von Pemphigus mit der Begleiterscheinung des Nikolsky-Stukovenkoffschen Symptoms spricht Reale (115) eingehend über dieses Symptom, das von verschiedenen Autoren bei verschiedenen Hautkrankheiten gefunden worden ist und dadurch an seiner diagnostischen Bedeutung eingebüsst hat. Für Reale hat das genannte Symptom noch seine Wichtigkeit und kann dazu dienen, die eigentlichen Blasenhautkrankheiten und die übrigen, bei denen die Blasen nur ein Nebensymptom und nicht die charakteristischen Erscheinungen der Krankheit sind, gut voneinander zu unterscheiden. Das in Rede stehende Symptom zeigt uns, wie er sagt, dass die Bänder, die zwischen Zelle und Zelle bestehen, alteriert sein können, und dass trotzdem, wenigstens dem Anschein nach, das physiologischerweise zwischen den verschiedenen Hautelementen bestehende Gleichgewicht normal bleiben kann. Zugegeben, dass die prädisponierende Ursache für die Blasenbildung in der Wirkung spezieller toxischer, im Organismus kreisender Substanzen zu suchen sein mag, so kann man annehmen, dass die Wirkung dieser toxischen Substanzen nicht unmittelbar, sondern durch das Dazwischentreten anderer Faktoren erfolgt. Aus diesen

Untersuchungen würde hervorgehen, dass die Leukozyten, die bisher als träge Zuschauer beim Krankheitsprozess betrachtet wurden, wichtige Faktoren bei der endgültigen Lösung der zwischen den Epithelzellen bestehenden Verbindungen darstellen, wenn letztere schon schlecht gegenüber der Wirkung dieser sogenannten toxischen Substanzen prädisponiert erscheinen oder wirklich sind. Verf. hat ferner beobachtet, dass an den Punkten, an denen das Hautödem sehr ausgesprochen erscheint, zwischen Derma und Epidermis normale oder fast normale Beziehungen bestehen; wenn aber an der Grenze ihrer innigen Beziehungen Leukozyten auftreten, so bildet sich ein nur schwer mit den gewöhnlichen Farbstoffen sich färbender Zwischenraum, hell, fast flüssig, in dem die Protoplasmafäden verschwinden und das Zellprotoplasma rarefiziert ist. Die sich dabei findenden Leukozyten sind meist mononukleär und besitzen mit Eosin färbbares Protoplasma; ähnliche Elemente hat Verf. zwischen den Epidermiszellen gefunden, ihr Charakter ist indessen nicht recht klar. Er fragt sich, bis wie weit man die Wirkung dieser Elemente herbeiziehen muss, um den Mechanismus der Blasenbildung zu erklären, und der zufällig gefundene Befund scheint ihm nicht ganz ohne Interesse zu sein. (Ve.)

Truffi (147) hat einen Fall von sekundärem Pemphigus foliaceus beobachtet, ferner einen Fall von echtem chronischem Pemphigus, einen Fall von chronischem Pemphigus mit spärlichen Wucherungen an begrenzten Stellen der Hautoberfläche im Endstadium der Krankheit und endlich einen Fall von subakutem Pemphigus. Die pathologisch-anatomischen Untersuchungen ergaben folgendes: in den Lymphdrüsen und in der Milz fanden sich keinerlei bemerkenswerte Veränderungen, im Knochenmark fanden sich keine Veränderungen, die irgendwie abgewichen wären von den pathologischen Störungen, die man sonst im Gefolge der verschiedensten Erkrankungen des Organismus zu beobachten pflegt.

Truffi schliesst daraus, dass man den Pemphigus nicht als eine Hämatodermie betrachten dürfe, eben weil im Blute sich nie konstante Veränderungen finden lassen. Im Nervensystem fanden sich gleichfalls keine besonderen Veränderungen; konstant hingegen waren Nierenveränderungen (parenchymatöse akute Nierenentzündung in den ersten drei Fällen, chronische, ganz akut wieder rezidivierende in dem vierten Falle.) Ferner Fettdegeneration der Leber in den drei ersten Fällen. Diese Veränderungen sprechen sehr für die toxische oder infektiös-toxische Natur des Pemphigus. (Ve.)

Krankengeschichte eines Falles aus Brousses und Brucs' Praxis (15) von Pemphigus foliaceus bei einem 46jährigen Alkoholiker; nach der relativ kurzen Zeit von ³/₄ Jahren erfolgte unter den Erscheinungen schwerer Kachexie der Exitus letalis. Es folgt der Obduktionsbefund und die Ergebnisse der histologischen Untersuchung. Als besonders bemerkenswert verzeichnen die Verf. die beträchtliche Eosinophilie des Blutes (12,5%), eine Tatsache, die für die Leredde sche Auffassung spräche, nach der der Pemphigus eine Erkrankung des Blutes, eine Hämatodermie sei; eine innere Intoxikation, die Veränderungen im Knochenmarke veranlasste, würde die Eosinophilie und die Hauterscheinungen verursachen. (R.)

Méneau (90) bespricht, ohne eigene Beobachtungen zu bringen, auf Grund der Literatur in verschiedenen Kapiteln 1. den auf der Schleimhaut isolierten Pemphigus acutus, 2. den gleichzeitig mit Hauteruptionen vorkommenden. Darauf folgt die Besprechung des chroni-

scben Pempbigus, und zwar desjenigen, der auf der Schleimhaut isoliert ist, wohei die einzelnen Regionen wie Konjunktiva, Nase, Mund, Rachen und Kehlkopf gesondert hetrachtet werden. Dahei nnterscheidet Verf. frischen primären und sekundären Scbleimhantpemphigus. Hierauf folgt der Pemphigus vegetans, foliaceus der Scbleimhaut. Weitere Kapitel sind dem Pemphigus bystericns, traumaticus, atrophicus epidemicus gewidmet. Ausser der Symptomatologie findet Differentialdiagnostik, Prognose etc. Beachtung. (Vö.)

Die Erkrankung, über die Ormsby und Bassoe (104) herichten, begann mit Scbmerz an den Tonsillen und im Racben und hlieh drei Monate lokalisiert. Erst nach medikamentösen Pinselungen durcb den Arzt begann die Krankheit sich allgemein zu verhreiten und endete sieben Monat später tödlich. Die vorgenommene Sektion klärte die Natnr der Krankheit nicht auf. Es fand sich weder die Kleinzelleninfiltration der Spinalganglien, wie sie Marburg beschreiht, nocb Proliferation der Ependymzellen nnd Veränderung des Zentralkanals, wie sie Schrötter angibt. Die geringen Veränderungen in den Ganglienzellen sind wahrscbeinlich seknndärer Natnr. Diese Annahme wird wabrscheinlicber nach Berücksicbtigung der Tatsache, dass die Hautläsionen in ihrer Verteilung weder denen der spinalen Segmente, noch denen der Nerven entsprechen, und auch wenn man die geringen bier vorgefundenen Veränderungen mit den deutlichen Läsionen anderer Autoren hei Herpes zoster vergleicbt. (W.)

Beschreihung von 14 eigenen Beohachtnngen von Pemphigus. Levisenr (74) empfiehlt die interne Anwendung von Atropin, Agaricin, Arsen oder Eisen in Verhindung mit Strychnin oder Chinin. Die lokale Behandlung bernbt anf Anwendung warmer Bäder oder Wascbungen mit Lösungen von 1‰ Snhlimat oder 1% Kal. permangan. nnd nachfolgender Applikation von Salizylstärkepnder. Die spätere Abschälnng der Haut wird durcb Gehraucb von Wilkinsonscher Salbe oder Ungt. snlf. praecip. hefördert. (W.)

Eine eigentümlicbe blasige Ahhebnng der ohersten Hautschichten bei einem 13jährigen Mädchen zeigte Schreiber (131) auf der Medizinischen Gesellscbaft zu Göttingen. Diese Epidermolysis congenita bestand seit der vierten Wocbe nach der Gehurt und trat blasenförmig nach Insnlten ancb leichten Grades auf. Der Blaseninhalt war teils serös, teils blutig, Narhen hlieben keine zurück. Das Allgemeinbefinden war gnt. Arsen war ohne Erfolg angewendet worden. Von sonstigen blasigen Erkrankungen der Hant sind mehrere Fälle von Dermatitis herpitiformis bescbriehen. (D.)

Barannikow (7) teilt eine interessante Reibe von Fällen mit, indem Epidermolysis bullosa hereditaria hei vier Kindern, bei Mutter und Grossmntter beohachtet wurde und gutartigen chroniscben Verlauf batte. (Se.)

Seegall (132) zeigte einen Fall von Dermatitis herpetiformis, der seit vier Jabren bestand. Damals war ein polymorpbes Exanthem mit besonders grossen Blasen vorhanden. Seit zwei Jabren besserte sich Patient nnd fand keine ernste Attacke mehr statt. Zur Zeit hestand ein neuer Ausbrnch mit mässig kleinen und grösseren Bläschen, die mit Atoxyl wie vor vier Jabren zur Abbeilung gebracbt wurden. (D.)

Siebert (137) demonstrierte einen Fall von Dermatitis herpetiformis During, bei dem an den verscbiedensten Stellen juckende, teils erythematöse, teils bullöse Effloreszenzen auftraten, die spontan und auf

Behandlung nach einiger Zeit verschwanden. Auffallend war eine Stelle am Sternum, wo die Effloreszenzen ohne ganz zu verschwinden schon seit drei Jahren bestanden. Die Erklärung hierfür läge nach Siebert vielleicht darin, dass Patient, der Schuhmacher ist, diese Stelle bei der Arbeit ständig drückt. (D.)

Siebert (136) zeigte dann noch einen Fall von Dermatitis herpetiformis, der seit drei Jahren bestand und jeder Therapie trotzend keine Besserung zeigen wollte. Die Neigung zur Lichinifikation gab der Krankheit Ähnlichkeit mit einer Dermatitis lichinoides pruriens, doch musste diese Diagnose wegen der auftretenden Blasenschübe fallen gelassen werden. (D.)

Eine direkt infauste Prognose stellte Delblanco (25) einem Falle von Dermatitis herpetiformis During, der die charakteristischen Symptome, starkes Jucken und Erythem mit schubweiser Blasenbildung auf urticarieller Grundlage aufwies und bereits zu erheblichem Kräfteverfall geführt hatte. (D.)

Bericht Bowens (11) über 15 Fälle von Dermatitis herpetiformis bei Kindern unter 11 Jahren. Bei allen traten wiederholt mehr oder weniger deutlich gruppierte Bläschen auf, jedoch waren diese niemals multiform. Die Prädilektionsstelle war an den Händen und Handgelenken, und zwar bei sieben Fällen im Anschluss an die Impfung. Ausser leichtem Juckreiz waren keine subjektiven Symptome vorhanden. (W.)

Ausser den schon früher bekannt gewordenen fünf Fällen von Herpès récidivant de la fesse, die zuerst von Bertholle im Jahre 1876 beschrieben wurden, teilt Dubreuilh (30) drei weitere Beispiele mit und gibt auf Grund dieser eine ausführliche Symptomatologie. Die Erkrankung bietet fast immer dasselbe Bild. Anfangs entsteht ein etwas erhabener, mitunter juckender, roter Fleck, auf dessen Oberfläche binnen wenigen Stunden meist hirsekorngrosse, helle, unregelmässig konfluierende Bläschen auftreten. Der Anblick erinnere lebhaft an Herpes zoster. Ist die gerötete Basis weniger ausgeprägt, dann gleiche die Eruption dem Herpes febrilis. Nach 24 Stunden ist der Höhepunkt der Entwickelung erreicht; dann beginnt die Rückbildung, die nach 8—10 Tagen vollendet ist. In einigen Fällen bestanden Prodrome, wie Migräne oder Ischias; auch als Begleiterscheinungen wurden Neuralgien oder Pruritus beobachtet; mitunter verlief die Affektion ohne subjektive Beschwerden. Ihre Rezidiven wurden durch viele Monate und (12, 18, 25) Jahre hindurch beobachtet. Fast alle Kranke waren Arthritiker oder litten mehr oder weniger an psychischen Depressionszuständen. Migräne, Gicht und Gemütserkrankungen waren zumeist auch bei ihren Vorfahren vorhanden, so dass Verf. geneigt ist, die Affektion für eine Manifestation der Gicht zu betrachten. Ähnliche klinische Charaktere bieten auch die Antipyrinexantheme. Jede Behandlung erwies sich als nutzlos, doch erlauben die ätiologischen Tatsachen anzunehmen, dass eine gegen die Gicht gerichtete Therapie Erfolg haben könnte. (R.)

Eingehende Untersuchungen sind über die Todesursache bei schwerer Verbrennung angestellt worden.

Weidenfeld und Zumbusch (161) haben eine neue Statistik über den Zusammenhang zwischen Grösse resp. Intensität einer Hautverbrennung und der Zeitdauer bis zum eventuellen Tode veröffentlicht. Schon früher hatte Weidenfeld gefunden, dass bei Verbrennungen dritten Grades, die sich über die Hälfte der Körperoberfläche erstreckten, der Tod nach 1—6 Stunden eintrat, bei Verbrennung von ein Drittel

der Körperoberfläche nach 20—36 Stunden, über ein Viertel nach 40 bis 54 Stunden, über ein Sechstel nach 64—82 Stnnden nnd über ein Achtel nach 92 Stnnden. Bei Verbrennungen zweiten Grades trat der Tod bei totalem Ergriffensein der Haut erst nach 40 Stnnden ein, bei ein Drittel nach 70 Stunden und bei ein Fünftel erst nach 120 Stnnden. Die jetzige Statistik hat diese Angaben ziemlich genau bestätigt. Dabei finden die Autoren, dass das Lebensalter einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf den Ausgang hat. Bei Kindern unter vier Jahren entspricht die Gefahr einer Verbrennung dem dreifachen Ausdehnungsgebiete eines Erwachsenen, auch das Alter, allerdings erst von einer ziemlich hohen Grenze ab, ist erheblich mehr gefährdet. Krankheit etc. verschlimmern naturgemäss die Prognose. Von den Symptomen, die nach der Verbrennung auftreten, ist dem Erbrechen und der Somnolenz die grösste Bedeutung zuzulegen. Kinder erbrechen gewöhnlich schon nach einer Stnnde nnd fallen fast sofort in Somnolenz. Auch für den Erwachsenen sind beides schlechte Zeichen. Andere Symptome (Singultns, Fieber, Nausea etc.) schwanken, sind aber doch zu beachten. Der zweite Teil der Arbeit sucht zunächst die Todesnrsache bei Verbrennnngen festznstellen. Die Autoren nehmen an, dass es sich dabei im wesentlichen um eine Intoxikation mit Stoffen handelt, die in der verbrannten Haut selbst entstehen und nicht, dass die Verbrennung nur Anlass zu einem veränderten Stoffwechsel gibt, dessen Produkte dann erst den Symptomenkomplex einer schweren Verbrennnng erzeugen. Hierfür spricht einmal die klinische Beobachtung. Es besteht eine sichere Relation innerhalb enger Grenzen zwischen der Grösse der verbrannten Hantfläche nnd der Lebensdauer nach der Verbrennung, wobei Verbrennungen zweiten Grades, die allein sehr selten sind, bei dreimal so grosser Ansdehnung erst denen dritten Grades gleichkommen. Hierans ergibt sich, dass nicht nur die Flächenausdehnung, sondern anch die Tiefenwirknng eine Rolle spielt. Unter Berücksichtigung dieser Tatsachen ist dann die Masse der verbrannten Haut bestimmend für die Lebensdaner, voransgesetzt, dass die Resorptionsbedingungen keine Änderung erfahren. Direkt wird das Vorhandensein von Giften in der verbrannten Haut durch den Tierversuch erwiesen. Ist also die verbrannte Hant selbst giftig, so muss eine rechtzeitige Entfernung derselben die beste Therapie sein, da es keine Mittel gibt auf chemischem Wege die Giftstoffe in unschädliche Verbindnngen überzuführen. Die Technik ist nicht schwer, da die Schorfe mit einem Transplantationsmesser bis auf die gesnnden Gewebspartien, die sich durch Bluten zu erkennen geben, abgetragen werden können. Werden nicht alle verbrannten Stellen getroffen, was bei der verschiedenen Tiefe der Verbrennungen oft schwer ist, so ist doch ein guter Erfolg zu erwarten, wenn die restierende Giftmenge nur etwa höchstens so gross bleibt, wie sie dem Verbrennnngsschorfe von ein Sechstel der Hautfläche entsprechen würde. Diese Gifte kann man mit gutem Erfolge dnrch Dnrchwässerung des Gesamtorganismus dnrch Klysmen, Infusionen oder Getränke dann bald entfernen, ohne dass ihre knmulative Wirkung, die etwa bis zum sechsten Tage anhält, dann sich entfalten kann. Cardiaca etc. werden meistenteils in Anwendung gebracht werden müssen. (D.)

Diese Ansicht über die Entstehung des Verbrennungsgiftes teilt Parascandolo (105). Auch er nimmt an, dass sich ein Verbrennungszytotoxin im Körper eines Verbrannten bilde, das dem Schlangengifte ähnlich sei und auch den Toxinen im allgemeinen verwandt sei. Mit

solchem Gifte könne man Tiere immunisieren und mit ihrem Serum Heilung hervorrufen. (D.)

Pfeiffer (109) nimmt an, dass der Tod bei Verhrennungen innerhalb der ersten 6 Stunden ein Shocktod sei, später werde er dnrch ein Abhauprodnkt der durch die Hitze veränderten Eiweissmoleküle bedingt. Der Spättod nach 14 Tagen oder länger werde nicht mehr durch das Gift selbst, sondern durch eine durch dieses hervorgerufene Veränderung der Gefässe und des Gesamtorganismus hervorgerufen. (D.)

Zur Behandlung von Brandwunden empfiehlt Jacohy (60) das Zinkperhydrat Merck als analgetisch, desinfizierend und austrocknend und will damit imprägnierte Verbandstoffe verwenden. (D.)

Gegen eine Publikation von Dieterich wendet sich Doering (27) und weist an Tierversuchen nach, dass sich im Gegensatz zu der Behauptnng Dieterichs, es treten bei schweren Verbrennungen im Blute Autolysine auf, dieses nicht geschieht. Auch hei schwerer Schädigung des Organismns konnte auch nicht einmal eine teilweise Zerstörung der hämolytischen Komplemente der Heterolysine nachgewiesen werden. Auch bei einem schwer verbrannten Menschen fand Doering keine Abnahme des Lysingehaltes. (D.)

Eine kritische Übersicht Liontis (75), die zu dem Schluss gelangt, dass hei den Hantveränderungen und dem plötzlichen Tode infolge von Verbrennungen mannigfache Faktoren mitsprechen. Einmal die Bildung sehr starker Gifte durch die Wirkung der Hitze auf die Haut und die darunterliegenden Gewebe, Gifte, die in den Körper anfgenommen, schwere Veränderungen innerer Organe hervorrufen; ferner die rapide Anfhebung der Hautfunktionen in mehr oder minder grosser Ausdehnung nnd dadurch Znrückhaltung normaler toxischer Produkte: Einwirkung dieser Gifte auf das Respirations- und vasomotorische Zentrum, Wirkung der hohen Temperatur auf die Nervenendigungen, die reflektorisch auf die Zentren ihren Einfluss ausübt; schwere und tiefe Veränderungen der für den Haushalt bestimmten Organe; endlich Blutzerstörungen (Plasmaverlust, chemische, morphologische und funktionelle Blutveränderungen, seine Überhitzung an der Stelle der Verbrennung, Thrombose und Embolie der Schorfe etc.). (Ve.)

Eine eigentümliche Art von Erfrierung teilt Nassauer (99) mit. Als eines Tages in München die Temperatnr von + 4° auf — 14° plötzlich sank, kamen im Laufe der nächsten Tage elf Damen zu ihm, die eine starke Rötung und Schwellung unter dem Kinn zeigten mit knotigen Einlagerungen, die schmerzhaft waren. Nassauer nimmt an, dass es sich um Erfrierungen handelte, zn denen die Kleidung der Damen vielleicht Anlass gegeben habe. (D.)

Frostbeulen werden von Joseph und Vieth (61) mit Chlorkalzinm, Alkoholverbänden nach Salzwedel, Bromokol in Form der Frostinsalben, Epicerin etc. behandelt. Hartnäckige Fälle werden mit Resorcin, das neben einer Verengerung der Gesässe noch eine Kräftigung und Härtung der Haut bewirkt, wie mit Ichthyol oder Jod zu bekämpfen versucht. Wegen seiner flüssigen Beschaffenheit, die ein besseres Eindringen als Resorcinpulver erwirkt, empfehlen die Autoren das Euresol, Monoazetylderivat der Resorcins. Besonders hat sich eine Euresolfrostseife in Tuben bewährt. Von der Ungiftigkeit des Präparates haben Tierversuche Zeugnis abgelegt. (D.)

Als eine wahrscheinlicbe Folge von Kältewirkung scheint sicb ein Fall von Deutscb (26) herauszustellen, in dem es sich um ein in der Kutis gelegenes, ausserordentlich derbes Infiltrat von Kronengrösse in der Regio submentalis handelt. Deutscb selbst denkt zwar mebr an einen entzündlicben Vorgang, docb weist Nohl daranf hin, dass in der kalten Jahreszeit, wenn auch nnr sporadiscb, mebrfach ähnliche Knoten zu beohachten seien. (D.)

Ehrmann (31) bat bei einem Fall von Hydroa aestivalis experimentell festzustellen versucht, durch welcbe Strablengruppe die Erkrankung hervorgerufen wird. Er bestrahlte die Haut des Patienten mit dem Finsenapparat nnter Zwiscbenschaltung von roten und blauen Glas- und Wasserfiltern und erbielt zebn Minuten nach Beendigung des Experimentes bei zebn Minuten langer Bestrahlung ohne Filter oder mit blauem Filter eine ziemlicb stark elevierte weisslich-rote Quaddel, welche unter leicbter Narbenhildung abheilte, während hei gleicher Bestrahlung mit Rotfilter keine Reaktion auftrat. Ebrmann ziebt aus seinen Versucben den Schluss, dass die Erscheinungen, welcbe hei Hydroa aestivalis beobachtet werden, ein Produkt nnr der kurzwelligen und chemisch wirksamen Strahlen des Licbtes sind und die Hydroa aestivalis in einer Idiosynkrasie der Haut gegenüber der Wirkung der akstinischen Lichtstrahlen heruht.

Obwohl die Versucbe von Ehrmann scbeinbar recbt beweisend sind, scbeint mir docb die Art der Reaktion (Quaddel) und die Schnelligkeit, mit welcher dieselbe auftrat, dafür zu sprechen, dass es sicb um keine reine Lichtwirkung bandelt. (Sch.)

Der Fall von Hydroa aestivalis, welchen Halberstädter und Weik (48 u. 162) beschrieben haben, zeichnete sich durch Miterkrankung der Konjunktiven aus, was früher scbon einmal von Ledermann und Möller und jüngst aucb von mir beobachtet worden ist. Weik konnte bei dem Patienten experimentell keine Überempfindlichkeit gegen Licht nachweisen und durch künstliche Belichtung mit Eisenlicbt keinen der Hydroa entsprecbenden Ausschlag hervorrufen. (Sch.)

Umbert (152) berichtet über einen Fall von Hydroa vacciniforme hei einer 26jährigen Frau, die in jedem Frühling seit ihrem zwölften Jahre einen Anfall hatte. Während des Winters war sie gewöbnlicb gesund, doch war sie auch einige Male beim stärksten Frostwetter befallen worden. Je älter sie wurde, um so schwächer wurden die Erscheinungen. Die Eruption entspracb ganz dem von Bazin entworfenen Bilde. Der Autor versucht zu beweisen, dass letzteres zu eng gezeicbnet ist und dass man als echte Fälle von Hydroa vacciniforme auch Unnas Hydroa puerorum und die Fälle von Graha und White hetracbten muss. (G.)

Die Hautveränderungen entstehen bei dem 6jährigen Knaben aus Malinowskis Praxis (84) nur an heissen Sommertagen, und zwar an Stellen, die der Wirkung der Sonnenstrahlen direkt ausgesetzt sind. Es entsteben kleine Knötchen, die sich hald in Bläschen umwandeln. Diese wachsen zentrifugal und erreicben die Grösse eines Zehnpfennigstückes. Am zweiten oder dritten Tage hildet sicb am Grunde des Bläscbens ein blauer Punkt, der sich in eine trockene, von einer Blase umgehene Kruste umwandelt. Nacb Abheilung resultiert eine Narhe. — Bei intensiven Exanthemausbrüchen beohachtete Malinowski leicbtes Fieber, Appetitlosigkeit, nnruhigen Schlaf, Schwellung der Hals- und Submaxillar-

drüsen. — Die mikroskopische Untersuchung zweier Effloreszenzen erwies, dass der Prozess als Nekrose der tieferen Epidermisschichten und oberen Lagen des Str. papillare samt hämorrhagischer Infiltration des Gewebes beginnt. Sekundär entstehen entzündliche Erscheinungen. (Be.)

Neben dem klassischen Typus der Hydroa vacciniformis Bazin gibt es, wie schon James C. White auf Grund zweier Beobachtungen angenommen hatte, eine bullöse Form dieser Erkrankung. Nach Anführung der Whiteschen Fälle teilt Constantin (21) eine eigene Beobachtung dieser Art mit. Bei einem 12jährigen Knaben, der früher schon ähnliche Anfälle durchgemacht hatte, entwickelten sich an den Lippen, Wangen, am Kinne, an den Händen und den benachbarten Partien der Vorderarme, namentlich streckwärts, vereinzelt auch an den Füssen und Knien, zunächst umschriebene, rote Flecke, auf denen wasserhelle, später eiterig sich trübende, erbsengrosse Bläschen entstanden, die teilweise zu sehr umfangreichen Blasen zusammenflossen. Innerhalb drei bis vier Wochen involvierten sie sich mit Hinterlassung von Narben. Eine kleine Anzahl von ihnen nahelte sich im Zentrum und nahm das Aussehen von Impfpusteln an.

Verf. glaubt sich zur Annahme berechtigt, dass viele Fälle von Pemphigus, die bei jungen Individuen beobachtet werden, durch ihre Lokalisation an unbedeckten Körperstellen charakterisiert sind und unter den verschiedensten Reizen häufig rezidivieren, der Bazinschen Krankheit zuzuweisen sind. (R.)

Bei einer 47jährigen Frau aus Wards Beobachtung (156) zeigten sich den ganzen Sommer hindurch, sobald sie Arm und Nacken den Sonnenstrahlen aussetzte, Erythem und Urticaria verbunden mit Ödem an den exponierten Hautstellen. Sobald die direkte Bestrahlung durch die Sonne aufhörte, verschwanden diese Erscheinungen. (W.)

In zwei Fällen Bosellinis (10) erinnerte die Hautveränderung an einzelnen resp. mehreren Stellen auf den ersten Blick an verruköse Tuberkulose, unterschied sich aber bei eingehender klinischer Untersuchung vor allem durch ganz markante Eiterungsstellen.

Die Dermatitis verrucoidea war durch Proliferation der verhornten Epithelien besonders in den Haartalg- und Schweissfollikeln entstanden; die Folge war das Auftreten kleiner Cysten mit verhorntem Inhalt auf allen Flecken, Cysten, die nach ihrem Sitz und ihrer Struktur miliumähnlich erschienen. Die Hautentzündung, ob primär oder sekundär, hatte einen ausgesprochen körnigen Charakter, und die Eiterung erschien erst sekundär sich hinzugesellt zu haben.

Pathogenetisch erschien es zweifelhaft, ob es sich um eine granulomatöse Dermatitis handelte, die die Epidermisveränderungen und die erwähnten Cystchen, wie es auch sonst bei anderen Hautleiden einzutreten pflegt, hervorgerufen hatte. Denn entgegen den sonstigen sekundären Cystchenbildungen schienen sich diese Cysten im Beginne des Krankheitsprozesses und nicht am Ende desselben auszubilden; mit beginnender Vernarbung schwand jede Spur von Cystenbildung.

Ätiologisch blieb die Hautentzündung unklar, da man sie sonst nur bei allgemeinen Eiterungsprozessen anzutreffen pflegt. (Ve.)

Schindler (128) hat einen Fall von Dermatitis lichinoides pruriens in der dermatologischen Vereinigung in Breslau vorgestellt. Bei dem Patienten bildeten sich seit längerer Zeit immer wieder stark

juckende Knötchen, die nicht nässten, konfluierten und auf Argent. nitric. im Frühstadium und Teer im Spätstadium günstig reagierten. (D.)

Der von Brüning (16) beobachtete Fall von Acrodermatitis atrophicans begann mit bläulichroter Verfärbung und geringer Schwellung der Haut an beiden Füssen und Unterschenkeln. Gleichzeitig bestanden im Anfang besonders beim Gehen Schmerzen. Allmählich dehnte sich der Prozess bis auf die Knie aus und die Haut wurde unelastisch, welk, trocken und runzlig. Die Farbe blieb livide und die Venen schimmerten durch die Haut hindurch. Die histologische Untersuchung ergab folgenden Befund: Hornschicht verdickt, Rest verschmälert, Papillarkörper verstrichen, im Corium, besonders um die Gefässe und Haarbälge diffuse Infiltrate, bestehend aus Leukozyten und Unnaschen Plasmazellen. Das elastische Gewebe ist an den infiltrierten Stellen sehr reduziert. Brüning betont, dass wir im Grunde alle Atrophien ohne das Vorstadium einer bekannten, deutlich hervortretenden Hauterkrankung als idiopathische zusammenfassen müssen, aber andererseits keine dieser idiopathischen Atrophien wirklich als primär ansprechen dürfen, da bei allen diesen idiopathischen Atrophieen (idiopathische progressive Hautatrophie, Akrodermatitis, senile Atrophie oder atrophische Striae) stets mehr oder weniger deutlich entzündliche Veränderungen der Haut voransgehen. (Sch.)

Der Fall von Acrodermatitis chronica atrophicans von Schindler (128) begann mit bläulichroten Infiltraten an Händen und Füssen und führte allmählich zu typischen Atrophien. (Sch.)

An die Dermatitiden reiht sich ein Fall von Nobl (101) mit habitueller Skrofulo-Tuberkulose und Ecthyma vacciniforme infantile. Das Kind hatte eine ulceröse auf Sekundärinfektion beruhende Hauteruption. Die tiefen, scharfrandigen, grauschwarzen Geschwüre zeigten einen durch Autoinokulation entstandenen Pustelkranz um sich. Die exquisit gedellte Beschaffenheit der Pusteln hat Nobl veranlasst, die Erkrankung als eine von den Franzosen Dermatite vacciniforme des jeunes enfants genannte, anzuerkennen. Als Erreger nimmt er die banalen, pyogenen Mikroorganismen an, die auf dem präparierten Boden der Skrofulo-Tuberkulose die charakteristische Gewebszerstörung bewirken. (D.)

In einem von Watson (159) beschriebenen Falle hatten sich im Laufe mehrerer Jahre Geschwüre an beiden Unterschenkeln entwickelt, die unter lokaler Behandlung mit chirurgischen Eingriffen abheilten. (D.)

Um nicht in den Krieg zu müssen, hatte sich ein Russe, wie Kaiser (63) berichtet, selbst grosse Wunden mit ausgedehnten Hautnekrosen durch Salben beigebracht. (D.)

Von einem Falle von Karbolsäuregangrän berichtet Herold (52). (D.)

In dem Falle von Siebert (135) handelte es sich um ein Gewebeekzem, welches durch Hantieren mit Ätzstrontium hervorgerufen worden war. Ähnliche Ekzeme waren bei Arbeitern aus derselben Fabrik schon zweimal kurz vorher beobachtet worden. (Sch.)

Zieler (170) hebt bei Vorstellung eines Falles von artifizieller Hautgangrän durch Salzsäure hervor, dass bei allen artifiziellen Hautnekrosen durch Säuren die Veränderungen im Papillarkörper durch die Zerstörung der äusseren Haut bedingt würden, während im Gegensatz hierzu bei der akuten multiplen Hautgangrän der primäre Prozess in der Cutis zu finden sei. (Sch.)

Ein 52jähriger Possementmacher aus Korens Praxis (66) rieb sich wegen rheumatischer Schmerzen zweimal an einem Tage mit einigen Tropfen von grünem Öl auf dem Handrücken ein, wo er ausserdem eine kleine Schrunde hatte. Am folgenden Morgen war die Hand etwas angeschwollen mit leichter Vesikelbildung, und im Laufe der nächsten Tage breitete sich von hier aus ein Exanthem, aus kleineren und grösseren Flecken, zahlreichen juckenden Papeln, Vesikeln und grösseren Blasen bestehend, über den ganzen Körper aus. Im Munde waren rote Flecken und gleichzeitig bedeutende Schlingbeschwerden vorhanden. Die Temperatur stieg bis zu 39,7. In der Folge sehr starke Schuppung, und erst nach sechs Wochen war die Haut wieder ganz normal. (Bö.)

Sinclair (139): Fall I. Etwa 12 ccm einer 2% Stovainlösung werden zur Anästhesierung vor einer Fisteloperation um die Analöffnung injiziert. Die nachfolgende Ausdehnnng des Sphinkter war sehr schmerzhaft; die verursachte Wunde heilte schwer.

Fall II. Zehn Tropfen einer 2% Lösung des Mittels wurden vor einer Meatotomie injiziert. Die Anästhesie war vollkommen. Nach der Operation trat grosse Blässe auf. Zwölf Tage später entwickelte sich an der Injektionsstelle eine Gangrän des Penis.

Fall III—V verliefen ähnlich. Nach der Operation bestanden Schwindel und Übelkeit. Nach zwei bis fünf Tagen zeigte sich Ödem und später Gangrän des Penis. (W.)

Eine Folliclis zeigte sich in Anthonys (3) Fall an Nase, Ohren, Fingern, Handgelenken, Ellbogen, Oberschenkeln und merkwürdigerweise am kornoskleralen Rand des Auges. Die Untersuchung der drei Tage bestehenden Läsion zeigte das gewöhnliche Bild, obwohl man selten zu so früher Zeit Nekrose findet. Andere, die diesen Fall vorher sahen, stellten die Diagnose auf Lupus erythematosus disseminatus, Hydroea aestivale und Raynaudsche Krankheit. (W.)

Histologisches zur eiterigen Entzündung berichtet Maximow (88). Er erörtert das Verhalten der Fibroblasten, Leukozyten und Polyblasten bei Entzündungen. Der Eiter entsteht aus polymorphkernigen Leukozyten und später aus lymphozytenähnlichen, rundkernigen Polyblasten. Die Abszessmembran — Granulationsgewebe bei der reaktiven Entzündung in der Umgebung des Eiterherdes — wird durch Fibroblasten und Polyblasten gebildet. Die Eiterresorption geschieht durch stark hypertrophierte Polyblasten. (D.)

Pustulöse Eruptionen sind nach Audry (5) keineswegs ungewöhnliche Vorkommnisse im Verlaufe einer Mycosis fungoïdes, ausserordentlich selten dagegen begegnet man einer echten prämykotischen Dermatitis pustulosa, wie sie Verf. zu beobachten Gelegenheit hatte.

Bei einer 47jährigen Frau traten im Jahre 1900 im Gesichte zunächst rote, münzengrosse, lebhaft juckende Flecke auf, die verschwanden, wieder erschienen, um nach zirka 10 Wochen auszubleiben. Später entwickelten sich an Handtellern, Fusssohlen und im Gesichte die Erscheinungen eines heftig juckenden, nässenden Ekzems, das die Patientin schliesslich (nach 18 Monaten) veranlasste, die Klinik des Verf. anfzusuchen. Nachdem diese Eruptionen in den folgenden Monaten sich auf Hand-, Fussrücken, Kopfhaut und Schultern ausgebreitet hatten, änderte sich (Anfang März 1902) plötzlich das klinische Bild: Während sich die Erscheinungen des vesikulösen Ekzems im Gesichte fortsetzten, bedeckten sich Hand- und Fussrücken, Vorderarme und Unterschenkel mit stecknadelkopfgrossen, rundlichen, disseminierten oder sich zusammen-

drängenden Pusteln, die von leichten Rötungen umsäumt wurden. Sie trockneten binnen 2—3 Tagen zu Krusten ein, die abfielen nnd zarte Flecke hinterliessen. Blasen wurden nicht beobachtet, der Juckreiz war enorm, jede Therapie erfolglos. Schliesslich verschwand die Eruption (Juni 1902). In der Folgezeit neuerliche Ekzemausbrüche, die an Ausdehnung immer mehr zunahmen, gelegentlich dnrch Schwefelbäder provoziert und verschlimmert wurden. Endlich erschienen (November 1904) die charakteristischen Infiltrate der Mycosis fungoïdes, die sich in den folgenden Wochen zu ihrem typischen Bilde weiterentwickelte. (R.)

Ein wertvoller Anfsatz über Dermatitis coccidioides von Walbach (155), durch viele vorzügliche Photogramme illustriert. Der Patient hatte in Kalifornien gelebt, wo verhältnismässig viele dieser Fälle beobachtet sind. Die Krankheit bestand drei Jahre. Es waren ausgedehnte snbkutane Läsionen vorhanden, die sich teilweise bis zum Knochengewebe erstreckten; innere Organe waren jedoch nicht befallen. Die Kulturen auf Glyzerinagar glichen jungen Kolonien von Oidium lactis. Die Organismen zeigten hohe Virulenz bei Kaninchen nnd Meerschweinchen und brachten Läsionen hervor, die tuberkulösen sehr ähnlich waren. In diesen künstlich erzeugten Abszessen variierten die kugelförmigen Organismen von 5—30 Mikra. Einige enthielten runde Sporen; manche waren geplatzt und deren Sporen ausgetreten. Diese endogene Sporenbildung wurde bewiesen. Im hängenden Tropfen von Agarpräparaten wurde Mycelbildung heobachtet. Mallorys Eosin- und Methylenblaufärbung gab die beste Übersicht des Baues des Organismus, welcher ans Protoplasma von inkonstanter Grannlation und einem doppelten, gewöhnlich homogenen, nmgebenden Ring besteht. Die beigefügten Mikrophotogramme zeigen sehr übersichtlich die Entwickelnng des Oidium in einem künstlich erzeugten Lnngenabszess. (W.)

Kurze Übersicht Montgomerys (93) über die spärliche Literatur dieser seltenen Hauterkrankung und ein Hinweis für die Erkennung ihres Organismus, der von Blastomyces verschieden ist. (W.)

Es handelt sich bei Pini (110) um zwei Fälle von Dermitis vegetans framboesiformis, der eine bei einer 54jährigen Frau an der vorderen und inneren Seite des Oberschenkels im Anschlnss an ein Ekzem, der andere bei einer 82jährigen Frau am Vorderarm im Gefolge einer Quetschwnnde. Die Veränderungen nnterschieden sich in den beiden Fällen klinisch und histologisch, zeigten aber gemeinsam die Anwesenheit des Staphylococcns aureus. Aller Wahrscheinlichkeit nach ist der Staphylococcns, wie Verf. glanbt, die Ursache der verrukösen nnd papillomatösen Entwickelnng der Dermitis. (Ve.)

Über Behandlung von frischen und infizierten Wunden hat Friedrich (39) eine Arbeit veröffentlicht. Er geht davon aus, dass die Infektionskeime der Lnft noch nach 10 Stunden entfernt, keine Gefahr bieten, während auf menschlichem Gewebe angekeimte Bakterien sehr schnell im Falle einer Übertragung die Infektion hervorrufen. Seine Wundbehandlnng weicht von den allgemeinen Regeln nicht ab. Der Bierschen Stanung hat er zunächst skeptisch gegenüber gestanden, lässt ihr jetzt aber seine Anerkennnng. (D.)

Schilderung eines Falles von Erythema exsudativum durch Havats (51), welcher bezüglich der Hauteffloreszenzen grosse Ähnlichkeit mit dem von Merk und Rnsch beschriebenen Erythema pustulatum grave zeigte, mit dem Unterschiede jedoch, dass schwere Allgemeinerscheinungen fehlten. Da in den Begriff des von Hebra systematisierten Erythema

exsndativum multiforme sowohl mit schweren Allgemeinerscheinungen, als auch ohne solche einhergebende Fälle gehören, ist Havats der Ansicbt, dass sein Fall, und überhaupt Fälle, wie der von Merk und Rusch, in den Rahmen des Hehrascben Krankheitshildes einzufügen sind. (K.)

Das Erythema infectiosum ist nach Ansicht Shaws (134) nur in geringem Grade kontagiös und befällt hauptsächlicb Kinder im Alter von 4—12 Jahren. Sie erscheint als rosenrotes makulo-papnlöses Erythem und ist am häufigsten auf den Wangen, den Beinen nnd der Streckseite der Arme. Der Krankbeitserreger ist unbekannt. Die Inkuhationsdauer schwankt zwischen 6 und 14 Tagen. Folgen hleiben nicht znrück. (W.)

Brandweiner (13) bespricht einen Fall von Purpura annularis teleangiektodes. Seit drei Wochen traten an den unteren Extremitäten mebrere kreuzer- bis talergrosse Effloreszenzen auf, die kreisförmige Herde mit braunrotem Rande darstellten, der indessen keine deutliche Teleangiektasien zeigte. Ein differential diagnostisch in Betracht kommender Herpes tonsurans musste wegen des Fehlens zentraler Scbuppung sowie des Nachweises sicherer Hautbämorrhagien ausgeschlossen werden. Brandweiner bält die Krankbeit für die erwähnte Form der Purpura, nur sei bier das Stadinm der Teleangiektasien nicht mehr nacbweisbar. (D.)

Die Krankengeschichte Constantins (20) hringt einen der Fälle von Purpura, wo erythematöse Papeln der Blutung vorausgehen können. Die histologische Untersuchnng fand neben Beinextravasaten und reichlicher Kapillarfüllung eine Proliferation des Epithels. (Vö.)

Mac Gowan (81) befürwortet auf Grund theoretischer Betrachtungen und praktischer Versuche den Gebrauch von Adrenalincblorid bei Purpura aller Varietäten, Erythema multiforme und Urticaria. Verschiedene Berichte über erfolgreiche Anwendung bei Erwachsenen in der Dosis von 10 Tropfen in 1 ‰ Lösung zwei- his dreistündlich. Bei Dermatitis herpetiformis versagte das Mittel bisweilen. (W.)

Zwei Schwestern aus Ponticaccias (112) Praxis erhielten prophylaktisch Diphtherieheilserum (1000 Immunitätseinbeiten) einer ganz frischen Sendnng. Die eine blieb gesund, die andere zeigte ein sehr ausgedehntes scharlachähnliches Erythem. Demnach ist das ätiologiscbe Moment nicbt allein in dem injizierten Serum zu suchen. (Ve.)

Sowohl nach Darreichung per os als auch subkutan trat nach Applikation von Natr. cacodylicum durch Baldocci (6) ein erythematösvesikulärer, prurigoartiger Hautausschlag am Hand- und Fussrücken mit nachfolgender Abschuppung auf. (Ve.)

Von Vergiftungen auf dem Wege der Haut berichtet Dopfer (28) einen Fall aus seiner Praxis. Er hatte ein Kind mit einer nicht bedeutenden Verhrennung zweiten Grades mit offizineller Borsalbe verhinden lassen. 80 g waren davon verbraucht als am vierten Tage das Kind einen scharlachähnlicben Ausschlag hekam und starb. Dopfer schliesst Sarlatina, ebenso die Möglichkeit, dass die Brandwunde an und für sich den Tod habe herbeiführen können, aus und verweist auf noch andere Autoren, die Vergiftungen mit der offizinellen Borsalbe heobachtet haben. (D.)

Harnack (49) nimmt auf die Puhlikation Dopfers Bezug und teilt dessen Ansicht. Er weist auf die wenig bakterizide Wirkung der Borsäure hin, die andererseits leicht Zerfallsprozesse herbeiführe. Die

schädliche Wirkung wäre bier wohl nm so schlimmer gewesen, als es sich nm ein Kind gehandelt habe. (D.)

Eine Vergiftnng durch 10% Wismntsalbe publiziert Mabne (83). Bei einer 35 jährigen Frau wäre bei einer Verbrennung zweiten bis dritten Grades zweimal täglich Wismutsalbe angewandt worden. Nacb fünf Wocben starb die Person unter seit acbt Tagen bestehenden Vergiftungserscheinnngen. Die Autopsie ergah: Parencbymatöse Nephritis und ansgedehnte schwarze Pigmentablagernngen im Kolon, die Mahne als giftige Wismntverbindnngen auffasst. (D.)

Ebenfalls der Einwirkung einer Wismuthrandbinde scbreibt Scbaecbe (126) den Tod eines Kindes zu, bei dem er genannte Binde nach neunwöcbentlicher Behandlnng einer Verbrennung zur Bescbleunigung der Epidermisierung anwandte. Auch hier traten die Erscheinungen einer Nephritis zuvor ein. (D.)

XVII.

Drüsen-Erkrankungen der Haut.

Bearbeitet von **S. Ehrmann-Wien**, mit Beiträgen von **A. Alexander-Berlin**, **Bayet-Brüssel**, **Rusch-Innsbruck**, **Verrotti-Neapel** (im Auftrage von **De Amicis-Neapel**) nnd **Ch. J. White-Boston**.

Literatur:

1. Audry, De quelqnes altérations déterminées par l'enveloppement humide. (Sudamina de macération.) Annales de dermat. et de syphil.
2. Anfrecht. Lenicet, ein Antiidroticum. Pharmazeut. Zeitung S. 885.
3. Bab, Die Talgdrüsen und ibre Sekretion. Beiträge zur klinischen Medizin, Fest-chrift für Senator.
4. Bloebanm, F., Ein weiterer Beitrag znr Radikalbehandlung des Rhinophymas durch Galvanokaustik. Müneh. med. Woehenschr. S. 2282.
5. Brimaeombe, R. W., The histopathology of seborrhoea, seborrhoeic dermatitis, and psoriasis. Lancet, 18. Februar. S. 419.
6. Bulkley, L. Dnnean, Dermatitis seborrhoica and its relation to alopecia and other conditions. Med. Soc. of the State of New York 31. 1. (Diskuss.: Mc Donnell), und Med. Record, Vol. 67. S. 726.
7. Bnsehke, Fall von Dermatitis papillaris (Aknekeloid) mit zwei grösseren Tumoren. Verhandl. der Berliner Dermatol. Ges. 9. V.
8. Bnsehke und Fränkel, Über die Funktion der Talgdrüsen und deren Beziehnng znm Stoffwechsel. Berliner klin. Woehenschrift. S. 318.
9. Daeeo, Etiologia e patogeneso dell' acne vulgare. Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle. S. 81, 177.
10. Dombrowsky, J., Die Behandlnng der Hyperhidrosis pednum. Voienno-med. Journ., September.
11. Ehrmann, Fall von Dermatitis sclerotisans nuehae. Verhandl. der Wiener dermatol. Gea, 7. VI. (Diskuss.: Spiegler).
12. Fischer, Zur Behandlung des Schweissfusses in der Armee. Münch. med. Wochenschr. S. 945.
13. Guszman, Josef, Anatomie der Dermatitis papillaris capillitii (Kaposi). Dermatol. Zeitschr. S. 139.

14. Hallopeau, Gaeton et Seminaris, Note complémentaire sur un second cas d'une nouvelle variété d'éruption acnéiforme de la face (lupus nodulaire.) Soc. d+ derm.
15. Hallopeau et Kranitz, Sur un second cas d'une nouvelle variété d'éruption acnéiforme de la face. Soc. de dermat.
16. Harttung, Fall von Staphylococcosie cutis. Breslauer dermat. Verein 6. VI.
17. Jaqnet et Rondeau, Le vernix caseosa, l'hérédo-séborrhée et l'acné foetales. Annales de Dermatologie et de Syphi igraphie, 4te Serie, Tome VI. S. 33.
18. Jackson, George T., Acne and its treatment. Med. Record, Vol. 67. S. 408.
19. Jeanselme, Die Akne, ihre Varietäten und ihre Behandlung. Allgem. Wiener med. Zeitg. S. 530. (Übersetzung aus Journ. de prat.)
20. Jordan, Über renale und perirenale Abszesse nach Furunkeln oder sonstigen kleinen peripheren Eiterherden. 34. Kongr. der Deutsch. Ges. f. Chirurgie, I. Sitzg. (Diskussion von J. Israel, Riedel und Schnitzler.)
21. Israel, Präparat von metastatischem Karbunkel der Niere nach Nackenkarbunkel. Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins 10. VII.
22. v. Kirchhaner, A., Behandlung der Furunkulose und Folliculitis mit Hefepräparaten. Deutsche med. Wochenschr. S. 714.
23. Kromayer, Die Heilung der Akne durch ein neues narbenloses Operationsverfahren, das Stanzen. Münch. med. Wochenschr. S. 942.
24. Lehmann, Wilh., Über Chlorakne (mit Anhang von E. Jacobi). Arch. für Dermatol. und Syphilis. Bd. 77. S. 265.
25. Lengefeld, Die Behandlung der Hyperhidrosis mit Lenicet. Deutsche med. Wochenschr. S. 1432.
26. Leredde, Le régime végétarien dans le traitement de l'acné rosée. Rev. prat. des mal. cut. syph. et vén. S. 149.
27. Lesné, E., et Davenière, E., Le babeurre à l'intérieur contre les strophulus et l'eczéma. Sem. méd. S. 607.
28. Linser, P., Über den Hauttalg beim Gesunden und bei einigen Hauterkrankungen. Habilitationsschrift.
29. Marcus, Albert, Eine neue lokale Behandlungsmethode des Furunkels und Karbunkels. Münch. med. Wochenschr. S. 1002.
30. Derselbe, Traitement du furoncle par l'électrolyse. Sem. méd. S. 258.
31. v. Marschalkó, Th., Über einen eigentümlichen Fall zirkumskripter, profuser Hauttalgsekretion. Dermatol. Zeitschr. S. 713.
32. Derselbe, Fall von erhöhter Talgsekretion auf dem Gebiete des Nervus supraorbitalis. Mediz. Sekt. d. siebenbürg. Museumver. 31. III.
33. Mc Phedran, Multiple sebaceous cysts. Journ. of cutan. dis. März.
34. Meisels, J., und Brauner, L., Versuche mit Cerolin bei Behandlung von Furunkulose. (Pharmak. und ther. Rundschau.)
35. Morelle, Un cas d'acné hypertrophique du nez. Société belge de derm. et de syphil.
36. Menzer, Fall von Sycosis simplex. Verein der Ärzte in Halle a. S. 8. III.
37. Platter, Über einen Fall eigentümlicher Schweissabsonderung. Münch. med. Wochenschr. Nr. 50.
38. Preis, Untersuchung der säurebeständigen Bazillen, die Róna in zwei Fällen von Perifolliculitis agminata fand. Ges. der Spitalärzte Budapest, 29. III.
39. Rosenbach, F. J., Über maligne Gesichtsfurunkel und deren Behandlung. Arch. f. klin. Chir. Bd. 77 S. 715.
40. Derselbe, Über Gesichtsfurunkel und deren Behandlung. XXXIV. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Chir.
41. Scherber, G., Zur Röntgenbehandlung der Sycosis simplex. Dermatol. Zeitschrift S. 435.
42. Schultze, Serodiagnostik der Staphylokokkenerkrankungen. Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins 13. III.
43. Stern, Margarete, Histologische Beiträge zur Sekretion der Bürzeldrüse. Archiv f. mikroskopische Anatomie und Entwickelungsgeschichte. LXVI. S. 299.
44. Tarantino, S., Foruncolo e paraurefrite suppurata. Policlinico, 22. Oktober.
45. Villaret, Zur Behandlung des Schweissfusses in der Armee. Münch. med. Wochenschr. S. 1638.
46. Vörner, Hans, Über die Verwendbarkeit der konzentrierten Karbolsäure zur Behandlung des Skrofuloderma und der Furunkulose. Münch. med. Wochenschrift S. 2017.
47. Derselbe, Les applications locales d'acide phénique concentré dans le traitement du furoncle et des gommes tuberculeuses. Sem. méd. S. 511.

48. Vörner, Hans, Über Jodakne vom Typus des Erythema nodosum. Archiv für Dermatologie Bd. LXXVII. S. 371.
49. Waelsch, L., L'acné urticante. Rev. prat. des mal. cut. syph. et vén., S. 151.
50. Wederhake, Dormiol als Anthidroticum. Therap. Monatsh. p. 387.
51. Weitlaner, Mesotan gegen Schweissfuss. Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. 39. S. 573.
52. Williams, C. M., The treatment of acne. Med. Record 22. Juli.
53. Antitranspirin. Pharmazeut. Zeitung S. 823.
54. Lenicet, ein Antihydroticum Pharmazeut. Zeitung S. 824.
55. Lenicet, ein Antihydroticum. Pharmazent. Zeitung S. 887.
56. Müglitzol, ein flüssiges Fussschweissmittel. Pharmazeut. Zeitung S. 308.

Auf Grund ausgedehnter Untersuchungen bestreiten Jaquet und Rondean (17) die Richtigkeit der herrschenden Anschaunngen über das Vorkommen, die Verteilung, Znsammensetznng und die physiologische Bedentung der Vernix caseosa.

Schon die Behauptnng, die Vernix caseosa sei ein bei Neugehorenen konstantes Vorkommnis, sei falsch, denn sie vermissten dieselbe in 17 % der daraufhin untersnchten Fälle. Sie findet sich in sehr variabler Menge, nur selten üher die ganze Hautoberfläche und nie gleichmässig verbreitet, nnd bevorzugt gewisse Körpergegenden. Am regelmässigsten und reichlichsten wird sie in der Regio dorso-vertehralis, lumbo-sacralis und scapularis angetroffen, weiter in abnehmender Häufigkeit und Menge an den Ohren, im Nacken, in den Achselhöhlen nnd Inguinalfalten, an den rückwärtigen Flächen der Extremitäten, am Genitale, Handtellern und Fusssohlen, Stirne, Scheitel, Gesicht, Vorderfläche des Rumpfes, Vorderflächen der Extremitäten.

Die Tatsache, dass Hautstellen ohne Vernix caseosa gewöhnlich unverändert sind, während heispielsweise Handteller und Fusssohlen, die von ihr sehr oft in reichlicher Menge hedeckt sind, häufig Mazerationserscheinungen aufweisen, spricht gegen die Anschanung, die Vernix caseosa wäre bestimmt, die Hantdecken gegen den schädigenden Einfluss der Amnionflüssigkeit zu schützen.

Ebenso variabel wie Menge und Verteilung seien ihre physikalischen Eigenschaften; sie ist teils cremeartig, vergleichhar dem Schweineschmalz, teils ölartig, bald von harzartiger Konsistenz, hald repräsentiert sie ein feines, zusammenhängendes Häntchen, das sich dnrch Reiben in Schüppchen abstreifen lässt (Vernix pelliculaire). Ihre Zusammensetzung besteht, wie die histologische Untersuchung zeigt, ans sehr variablen Mengen freien Fettes von verschiedener Provenienz, ferner aus Epithelien in mehr als der doppelt so grossen Menge, meist vom Typns der Hornzellen, und ans Lanugohaaren. Jene Körpergegenden, an denen sich die Vernix caseosa hesonders oft und reichlich findet, zeigen weiter eine besondere Entwickelnng des fötalen Haarkleides nnd ehenso häufig in besonders deutlicher Ansprägung die Erscheinungen der Seborrhoea und Acne foetalis.

Über die verschiedenen klinischen Formen dieser Affektion, ihre Histologie nnd Pathogenese geben die Verf. eingehende Schilderungen. Sie tritt im IV. Embryonalmonat auf, zeigt bis zur Gehurt progressive Entwickelnng nnd bildet sich in diesem Moment teilweise sehr rasch zurück, oder sie persistiert weiter. Ihre Entwickelung stehe unter dem Einfluss ererbter krankhafter Anlagen, da sich zwischen der Häufigkeit ihres Auftretens und gewissen pathologischen Zuständen der Eltern konstante Beziehungen nachweisen lassen; besonders hänfig finde man an

der Mutter die gleiche Seborrhöe in der nämlichen Lokalisation. Es bestehen weiters auch Beziehungen zwischen ihr und der Geschlechtsentwickelung, die gleichfalls gegen Ende des IV. Embryonalmonates mit grösserer Tätigkeit einsetze, um beim Neugeborenen in ein Stadium des Stillstandes überzugehen. Man könne von einer Art abgekürzter, intrauteriner Pubertät sprechen, die ebenso wie jene des Individuums von ganz analogen Vorgängen an den Hautdecken begleitet erscheint, eine Periode, die sich durch lebhafte Tätigkeit des Haarwachstums und des Talgdrüsensystems auszeichnet und in gleicher Weise ihre seborrhoischen Zustände und ihre verschiedensten Akneformen aufweist.

Die Vernix caseosa müsse z. T. wenigstens als ein Produkt dieser gesteigerten Tätigkeit im Haar-Talgdrüsensystem angesehen werden, sie sei eine Cerato-seborrhoea acuta, die sich unter dem Einfluss pathologischer Reize entwickele, die dem Keimplasma anhaften. (R.)

Ausgedehnte Untersuchungen Babs (3) über Vorkommen der Talgdrüse in der Tierwelt und ihre Funktion, ferner über Entwickelungsgeschichte, Anatomie und Pathologie der Talgdrüse, sowie über die Physiologie der Talgdrüsensekretion. (E.)

Starke Entleerung der Meibomschen Drüsen bei Meerschweinchen durch Einspritzung von Physostigmin, wie sie Buschke und Fränkel vornahmen (8). Auch die Talgdrüsen der Säugetiere sezernieren in erster Linie das Fett; ein sekundärer Vorgang ist der Zelluntergang. (E.)

Stern (43) weist auf Grund eingehender histologischer und chemischer Studien nach, dass das Fett als solches flüssig sezerniert wird und nicht der fettigen Degeneration von Zellen seinen Ursprung verdankt; im Gegenteil, die Zellen nehmen das Sekret erst auf und zerfallen, wenn sie von demselben durchtränkt sind. Das sezernierte Fett selbst verdankt seinen Ursprung dem Ernährungsfett. (E.)

Ausführliche Untersuchungen Linsers (28) über Herkunft und Menge, über die Zusammensetzung des Hauttalges. Übersicht über Schmelzpunkt, Säurezahl usw. bei Ichthyosis, Psoriasis, Komedonen, Seborrhoea sicca und oleosa.

Das normale Sekret ist arm an Cholestearin. Dieses rührt nur von Beimengung verhornter Gebilde her (Seborrhoea sicca). Bei Seborrhoea oleosa überwiegen die Glyzerinfette und Fettsäuren. Die Talgsekretion ist nach Linser ein Schutzvorgang gegen Bakterien, durch welche der Talg weitere Veränderungen erleidet (Komedo). Bei Psoriasis und Ichthyosis ist das Sekret cholestearinreich, steht den Wachsarten nahe. Die Schweissdrüsen sezernieren kaum Fett. (E.)

Nach einem Trauma, das einen Patienten v. Marschalkós betroffen hatte (31), und zwar auf der linken Schläfe und Stirne mit Knochensplitterung, entwickelt sich eine Narbe mit Schmerzhaftigkeit. Tränenfluss, Photophobie und Schwellung. Dem Verteilungsgebiete des N. supraorbitalis entsprechend Hypersekretion halbflüssigen Hauttalges. Nach Exzision der Narbe und der Nerven leichte Besserung. (E.)

Die malignen Gesichtsfurunkel werden nach Rosenbach (39) bedingt durch die anatomischen Verhältnisse der Gesichtsmuskeln zur Haut und zum subkutanen Gewebe. Durch die Muskelbewegung wird immer neues infektiöses Material in die Gewebsspalten hineingepresst. (E.)

Dreimal täglich 1—3 Pillen, die 0,1 Cerolin enthielten, haben, dem Berichte Meisels und Brauners zufolge (34), wesentlichen Einfluss auf die Abkürzung der Furunkelheilung. (E.)

v. Kirchbauer (22) empfiehlt die interne und externe Darreichnng von Hefepräparaten. (E.)

Die Methode von Marcus (29) besteht in der elektrolytischen Zerstörung des Krankheitsherdes durch Einführung einer Nadel als Kathode. (E.)

Der Inhalt von Jordans Vortrag (20) ist im Titel gegeben. (E.)

Harttnng schildert (16) als Staphylococcosis cutis ein in Blasen resp. erythematös-blasigen Herden über den ganzen Körper verstreutes Exanthem, abheilend unter Entstehung leicht infiltrierter kokardenförmiger Ränder. (A.)

Bericht Mc. Phedrans (33) über einen aussergewöhnlichen Fall von „Multiple sebaceous cysts" mit Beifügung von Photogrammen. (W.)

Das Hanptmoment bei Acne vnlgaris bildet eine völlige Veränderung der Struktur der Haut, die Dacco (9) dem asystolischen Herzen vergleicht; sie resultiert aus einer Hyperfunktion und äussert sich im Verlust der kontraktilen Fähigkeit, in Verdickung und Erweiterung der follikulären Ausführungsgänge zugleich mit allgemeiner Erschlaffung der gesamten Hautschichten.

Ätiologisch kommen für diese eigenartigen Veränderungen besonders familiäre und oft auch hereditäre Momente in Betracht, ferner Magendarmstörungen, Genital- und Herzaffektionen. Wird dadurch die Zirkulation und die Funktion der Haut in Mitleidenschaft gezogen, so verändert sich ihre Struktnr, die Talgdrüsen zeigen Hypersekretion, Erschlaffung der follikulären Wände, Erweiterung der Follikelmündung, Hyperkeratose der Gänge; es bilden sich Komedonen, die sich mehr und mehr vergrössern und mit Keimen nnd Stäubchen der umgebenden Luft infiziert werden. Entzündliche Prozesse setzen ein (Akne), für deren Entstehung die Keime erst eine sekundäre Bedeutung besitzen; der erste Anstoss zur Entzündung wird immer durch die Zirkulationsstörungen gegeben. Die Kulturen der Akne vulgaris-Pusteln zeigen den Mikrobacillns Unna nnd den Staphylococcus pyogenes, deren Wirkung über die Komedonen nicht hinausgeht; sie sitzen in der Mitte derselben und färben sich ziemlich schlecht, was zu der Annahme führen könnte, dass sie auf die Aknepustel ohne Wirkung sind; im Anschluss an die perifollikuläre Entzündung zeigen sie eine Steigerung ihrer Lebensfähigkeit.

Die Akne vulgaris lässt sich also als eine echte Toxidermie auffassen. (V.)

Die verschiedenen Formen und die Behandlungsmethoden werden von Jeanselme (19) einer systematischen Besprechung unterzogen, ohne dass etwa wesentlich Neues angeführt wird. (E.)

Das Ausschneiden kleinster Hautzylinder mittelst des rotierenden Zylindermessers von Kromayer (23) wird als lokale Therapie empfohlen. Teils um prädisponierte Follikel früher zu entfernen oder im Beginne die Aknebildung zu verhindern und ausgebildete zu heilen. S. auch Dermatologische Monatshefte, Heft 1. (E.)

Die histologische Untersuchung Hallopeaus und seiner wechselnden Mitarbeiter (14, 15) ergab ein mit dem Lupus nodularis übereinstimmendes Resultat. (E.)

In einem elektrolytischen Betriebe erkrankten, wie W. Lehmann (24) berichtet, zirka 25 Arbeiter, die mit der Reinigung der Zellen beschäftigt waren: Das Agens dürfte in den darin enthaltenden Rückständen

liegen. Die Elektrolyse geschieht nnter Vermittlung von Kohlenelektroden, die bei der Herstellung mit Teer imprägniert wurden, welches beim Brennen nicht vollständig zerstört wurde, so dass sich Chlorverbindungen seiner Spaltnngsprodukte in den Zellen befinden. Es wurden Hexachlorbenzol und Heptochlorhenzolsäure dargestellt. Bei Verarheitung von Paranitrochlorhenzol kommen leichte Akneformen vor. Therapeutisch waren die gewöhnlichen Mittel von vorübergehendem, Bierhefe ohne jeden Erfolg. Röntgenstrahlen erwiesen sich als wirksam. In Jacobis Nachtrag wird von einer sanitären Revision des Etablissements berichtet. und dass alle längere Zeit in der „Zersetzung" beschäftigten Arbeiter erkrankten, zuweilen auch vorübergehend beschäftigte und in den Arbeiterhäusern wohnende Frauen und Kinder. Ausführliche Würdigung der Literatur. (E.)

Es handelt sich bei Vörner (48) um ein Jododerma tuberosum mit Jodakne. Es wird die Differentialdiagnose zwischen Jododerma und Erythema nodosum besprochen. (E.)

Hinweis durch Ehrmann (11) auf den pathologischen Prozess der Dermatitis sclerotisans nuchae als eine follikuläre Staphylokokkeninfektion, im Gegensatz zu Kaposi. (E.)

Untersnchnng eines Falles von Dermatitis papillaris capillitii durch Guszman (13), in welchem die Anfangsstadien nicht mehr vorhanden waren. Es fand sich ein chronisch verlaufender Granulationsprozess, der anfangs in den oberen Schichten der Tunica propria Platz greift und von hier durch Konfluenz einzelner perivaskulärer zirkumskripter Herde immer weiter zunimmt, um sich endlich zu verallgemeinern.

Die charakteristische Eigenschaft der Dermatitis papillaris ist, dass das Granulationsgewebe ohne jeden Zerfall sich zu einer ausserordentlich konsistenten, fibrösen Masse umwandelt, als deren Endresultat die übrig bleibenden Haarbälge und Haare eine wesentliche Dislokation erleiden. (E.)

Es handelte sich in Morelles (35) Fall von Acne hypertrophica um eine umfangreiche Pfundnase, die chirurgisch behandelt wurde. Die Epidermisierung war eine leichte. Wie man sich aus den Photographien überzeugen kann, ist das Ergebnis sehr zufriedenstellend. (B.)

Mitteilung durch Scherber (41) des Resultates der vor und nach Bestrahlung von Sycosis simplex vorgenommenen histologischen Untersuchungen. Vor der Bestrahlnng entzündliche, mit aktiver Hyperämie verbundene, stellenweise bis zur Abszessbildung gesteigerte Infiltration mit Staphylococcns pyogenes aureus, nach der Bestrablung Ödem und verringerter Tonus der Gefässwände, Erweiterung derselben; Verschwinden der Kokken. Letztere werden jedoch offenbar nicht direkt abgetötet, sondern indirekt durch die der Bestrahlung folgende Reaktion, die resorptionbefördernde Blut- nne Lymphstaunng etc., eliminiert. (A.)

Unter der Einwirkung nasser Umschläge nnd der von diesen erzeugten kongestiven Erscheinnngen (Rötung, leichtes Ödem) können nach Andry (1) im Rete gelegene, mit Leukozyten gefüllte Bläschen entstehen. (E.)

Weitlaner (52) empfiehlt Mesotan, Ol. olivar. ää gegen Schweissfuss; (E.)

Fischer (12) 5—10% Formalin-Vasenolpulver. (E.)

Villaret (45) bezeichnet, im Gegensatz zu Fischer, als einzig rationelles Mittel znr Beseitigung der Schweisszersetzung die Salizylsäure. (E.)

Das im Migränin enthaltene Antipyrin, von der Patientin Platters (37) öfters angewendet, provozierte eine braune, dicke Schweissabsonderung unter den Armen. (E.)

Lenicet, ein Alnminiumazetat, auf eine bisher nicht angewendete Weise dargestellt, in festem Zustande gegen Luft und Licht und Feuchtigkeit widerstandsfähig, nur schwach sauer nnd nicht giftig. In Substanz entweder rein oder mit Talcum venetum gemischt, wird nach Lengefeld (25) zweimal täglich auf die schwitzenden Hautstellen eingerieben bezw. in die Strümpfe gestreut, später seltener in 20%—50% Mischnng.

Weitere Mitteilungen über dasselbe Präparat von Aufrecht (2). (E.)

XVIII.

Dermatomykosen.

Bearbeitet von **Arthur Alexander**-Berlin, mit Beiträgen von **Kanitz**-Klausenburg (im Anftrage von **v. Marschalkó**-Klausenburg), **Selenew**-Charkow, **Verrotti**-Neapel (im Auftrage von **De Amicis**-Neapel) und **Ch. J. White**-Boston.

Literatur:

1. Asahi, K., Beitrag zur Untersuchung auf Hyphomyceten. Prager med. Wochenschrift Nr. 12. S. 153.
2. Bertrand, L. E., Le pityriasis versicolor du thorax, signe indirect de la tuberculose pulmonaire au debnt. Sem. méd. S. 170.
3. Bevan, A. D., Le sulfate de cuivre à l'intérieur contre l'actinomycose et la blastomycose. Sem. méd. S. 558.
4. Bosellini, Tricofiti nella provincia di Bologna. Società italiana di Dermatologia e Sifilografia, Dicembre, vedi Giornale it. di m. veneree e delle pelle, 1906, fasc. 1.
5. Castellani, A., Tropical forms of pityriasis versicolor. Brit. Med. Journ. 11. November. S. 1271.
6. Ciarrocchi, Radioterapia nelle tigne. Società italiana di Dermatologia e Sifilografia. Dicembre. vedi Giorn. it. di m. veneree e della pelle 1906, fasc. 1.
7. Citron, Über das Verhalten der Favus- nnd Trichophytonpilze im Organismus. Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh Bd 49. S. 120.
8. Cohn, Über eine seltene Schimmelpilzerkrankung des Menschen und ihre Erreger. Niederrhein. Ges. f. Natur- nnd Heilk. in Bonn. 20. III. (Diskussion: Rumpf, H. Fischer.)
9. Delbanco, Knabe mit Mikrosporie des Kopfes in Heilung. Ärztl. Verein in Hamburg. 21. II.
10. Didrichson, W. K., Über Favusbehandlung. Aus der Klinik von Professor Zelenoff. Rnssisches Journal der Haut- und venerischen Krankheiten. T. X. December.

11. Dreuw, Zur Heilung der Naevi vasculosi und der Trichophytie. Monatsh. für prakt. Dermatol. Bd. 40. S. 544.
12. Eisendrath, Daniel N., A case of general blastomycetic dermatitis. Chicago med. Soc. 8. III.
13. Fabry, J., und Kirsch, H., Zur Frage der Blastomykose der Haut. Archiv für Dermatologie u. Syph. Bd. 77. S. 375.
14. Heller, Fall von ungewöhnlicher Favusbildung am Bein. Verein für innere Med. in Berlin. 20. III.
15. Dereelhe, Fall von Favus turriformis (Moulage). Verhandl. der Berliner Dermatol. Ges. 9. V.
16. Kanitz, H., A Roentgen-kezelés èrtéke favusnál. (Der Wert der Röntgenbehandlung bei Favus.) Budapesti Orvosi Ujság Dermatol. Beil. Nr. 2 und Pester medizinisch-chirurgische Presse Nr. 36, 38.
17. Klingmüller, Eine Trichophytie-Epidemie. Schles. Ges. f. vaterländ. Kultur in Breslau. 10. II.
18. Koeppe, Zwei Fälle von Favus. Medizin. Ges. in Giessen. 14. XI.
19. Krause, Friedrich, Die sogenannte Blastomykose der Haut. Monatshefte für prakt. Dermatologie. Bd 41. S. 123, 193, 299, 601.
20. Laesar, O., Über neuere Gesichtspunkte in der Dermatotherapie. Med. Klinik. Nr. 3.
21. Meyer, E., Les pulvérisations de chlorure d'éthyle contre le sycosis parasitaire. Sem. méd. S. 69.
22. Nichols, H. J., Tinea versicolor in an institution. Amer. Journ. of the Med. Scienc. August. Vol 130. S. 259.
23. Oppenheim, M., Die Hautblastomykose (Dermatitis blastomycetica). Wiener med. Presse. 30. April. S. 869.
24. Reitmann, Carl, Zur Kenntnis der Saccharomycosis hominis. Zentralblatt f. Bakteriologie. Bd. 39. Heft 3. S. 225.
25. Respighi, Radioterapia nella tricofizia e nella ipertricosi. Società italiana di Dermatologia e Sifilografia. Dicembre. V. Giorn. it. delle malattie venera e della pelle 1906. fasc. 1.
26. Sakurane, S., Ein Fall von Oidiomykosis der Haut und des Unterhautzellgewebes. Archiv für Dermat. und Syph. Bd. 78. S. 211.
27. Sandwith, F. M., Pinta. Brit. Med. Journ. 11. November. S. 1270.
28. Sokolov, Inefficacité du formol contre le favus. Sem. méd. S. 376.
29. Sokolow, Behandlung des Favus durch Formalin. Med. Obozr. 63, 12.
30. Specht, Trichophytie bei einem Kinde in circinären Formen. Breslauer dermat. Verein. 6. VI.
31. Spiegler, Fall von Favus am Halse. Ges. der Ärzte in Wien. 15. XII.
32. Spiethoff, Bodo, Klinische und experimentelle Studien über Blastomykose. Mitteilungen aus den Hamburger Staatskrankenanstalten.
33. Weelsch, Ludwig, und Freund, Emanuel, Über Piedra nostras. Archiv für Dermatologie und Syph. Bd. 77. S. 388.
34. Wallis, An unusual type of trichophytosis. Journ. of cut. dis. Oct.

Die klinischen Erscheinungen (26) bestanden in der Bildung derber, auf das Gesicht beschränkter kutaner und subkutaner Knoten und Knötchen, z. T. auch strangförmiger Gebilde, welche mit bräunlichen, resp. bräunlichschwarzen, fest anhaftenden ziemlich dicken Krusten bedeckt sind. An einzelnen Stellen Eiteransammlungen und Geschwürsbildung. Der Fall betraf ein neun Jahre altes Bauernmädchen in Japan. Mikroskopisch handelte es sich um eine Granulationsgeschwulst, welche eine grosse Menge Pilze enthielt. Die Pilze, welche im Inhalt des Abszesses, im Sekret des Geschwüres und innerhalb des Gewebes nachzuweisen waren, sind einerseits rundliche, ovale oder keulenförmige Zellen, andererseits längere oder kürzere einigermassen angegliederte Stäbchen und wachsen am besten auf zuckerhaltigen Nährböden und auf Kartoffeln in der Blutwärme. Unter günstigen Bedingungen bilden sie meist üppig Mycelien, welche zu einer Angliederung aneinander, aber selten zu vielfacher Verzweigung kommen. Keine Fruktifikation. Sie scheinen durch Sprossung sich zu vermehren. Unter günstigen Bedingungen finden

sie sich mehr in Gestalt von Conidien. Die Tierversuche waren nicht ganz eindeutig, gleichwohl schien es Verf., dass die Pilze einigermassen pathogen wirkten, wenn auch nicht ganz in derselben Weise wie beim Menschen. Ihrer Klassifikation nach gehören sie offenbar weder zu den Hefepilzen, denen sie allerdings durch ihre rundliche oder ovale Gestalt nahe stehen, noch zu den Schimmelpilzen, von denen sie sich durch den Mangel an Fruktifikation und an der vielfachen Verzweigung der Mycelien unterscheiden, sondern zu den zwischen beiden stehenden Oidiumarten. Die Frage, ob die letzteren, wie neuerdings auch Plaut will, als wilde Hefen den Hefearten anzugliedern sind und ob der beschriebene Fall infolgedessen unter die „Dermatitis blastomycetica“ eingereiht werden muss, will Verf. unentschieden lassen. (A.)

Technische Verbesserung durch Asahi (1), der seinerzeit von Sasagawa angegebenen Methode der Untersuchung in situ entfernter Epidermisschichten auf Pilze, Auftragen von Celloidin in Alkohol und Äther ää gelöst auf die Haut, Erstarrenlassen, Ablösen des Celloidinhäutchens, an dessen unterem Ende sich die pilzhaltige Hornschicht befindet. Auflösung des Celloidins, Entfernung desselben, Färbung auf dem Objektträger. Die Verbesserung des Verfahrens durch Verf. beruht darauf, dass er die auf ein Deckglas gelegte Celloidinschicht einen Augenblick in Alcohol absolut. eintaucht und dann in einem zylinderartigen Glasgefässe etwa sechs Stunden Ätherdämpfen aussetzt. Nach dieser Zeit hat sich die Celloidinschicht — er nimmt eine ungefähr 7% Lösung — vollständig ausgestreckt und gleichmässig verteilt und kann bequem gefärbt werden. (A.)

Citron (7) injizierte Kulturen von Mäusefavus, Menschenfavus, Katzentrichophyton, Trichophyton microsporon, Trichophyton A, Trichophyton B intraperitoneal Mäusen, Meerschweinchen und Kaninchen: Bei allen Tieren konnte er Knötchenbildung (Pseudotuberkulose) des Peritoneums und der Lymphdrüsen und in den Knötchen vielfach die Pilze nachweisen. Auch Kaltblüter verwandte Verf. zu seinen Versuchen. Er kommt zu dem Schluss, dass die freien Exsudate des Körpers keine Substanzen enthalten, welche imstande sind, injizierte Schimmelpilzemulsionen aufzulösen; zu seinem Schutze verwendet der Organismus vielmehr die Leukozyten. In Analogie mit den Tuberkulosepilzen konnte ferner Citron feststellen, dass bei subkutaner Injektion abgetöteter Schimmelpilzemulsionen sich genau die gleichen Erscheinungen zeigen, wie bei Injektion lebender Pilzemulsionen (Infiltration, Haarausfall, Narbenbildung). Wir müssen demnach bei den Schimmelpilzen ein Endotoxin, welches den Bakterienleibern selbst innewohnt als hauptsächlichstes krankmachendes Agens ansehen, ein Moment, welches die grosse Hartnäckigkeit des Favus und den Misserfolg seiner antiseptischen Behandlung erklärt. Die Heilung kann eben nur dann erfolgen, wenn die die Reaktion des Hautorgans auslösenden Pilzleiber, seien sie tot oder lebend, durch die Tätigkeit der Leukozyten vernichtet oder eliminiert werden, wie es in der Praxis in der Form der Epilation geschieht. Verf. berichtet dann weiter über Versuche mit einem nach dem Muster des Tuberkulins hergestellten Trichophytin resp. Favin, sowie über Immunisierungsversuche mittelst intraperitonealer und subkutaner Injektion von Kulturemulsionen: Eine aktive Immunisierung ist bei Tuberkulose sowohl als bei Favus- und Trichophytiepilzen im gewissen Grade möglich, eine passive gelingt bisher nicht. (A.)

O. Lassar (20) erwähnt auch die Röntgenbehandlung des Favus, die er warm empfiehlt. (A.)

12 Jahre alter Patient Spieglers (31) mit einem guldenstückgrossen Krankheitsherd, in dessen Zentrum ein typisches Skutulum sitzt. Infektionsquelle unbekannt, Krankheitsdauer 3 Wochen. (A.)

Klinisch keine Besonderheiten, Koeppe (18) glaubt, dass die Fälle nicht autochthonen Ursprunges sind: Fall I wurde von einer von auswärts zugereisten Frau, die sich viel mit dem Kinde abgab, angesteckt und infizierte dann seinerseits das Kind seiner Schwester. (A.)

Der Fall Hellers (14) ist ausgezeichnet durch seine ungewöhnliche Lokalisation (linker Unterschenkel) und durch seine grosse Ausdehnung (eine 6—7 cm hohe, aus aufeinander geschichteten Borken bestehende Wucherung, deren Länge etwa 30 cm, deren Breite etwa 20 cm betrug).

Es handelte sich um eine 72 Jahre alte Frau, welche, durch einen Schlaganfall gelähmt, seit 4 Jahren das Bett nicht verlassen hatte. Infektionsmodus nicht mit Sicherheit zu eruieren.

(Vgl. auch Berliner Dermatologische Gesellschaft 9. Mai.) (A.)

Ciarrocchi (6) berichtet über die Röntgentechnik, wie sie in dem radiotherapeutischen Kabinett, der Ecole Lailler des Hospitals St. Louis in Paris unter Direktor Sabouraud geübt wird.

Die X-Strahlen wirken nicht parasitentötend, sie bewirken die momentane Lähmung der Haarpapille, die für einige Zeit zu funktionieren aufhört. Das Haar trennt sich ab und wird wie ein Fremdkörper ausgeschieden. Bei Herpes tonsurans erweist sich die Radiotherapie sehr nützlich. Sabouraud erzielt in einer einzigen Sitzung die Heilung einer Trichophytie, indem er auf jede erkrankte Stelle eine Summe von X-Strahlen einwirken lässt, die an dem Sabourand-Noireschen Radiometer die Farbennuance B. erreicht, eine Summe, die fünf Holzknechteinheiten entspricht. Diese Strahlenmenge darf man nicht überschreiten, wenn man nicht Gefahr laufen will, eine Radiodermatitis hervorzurufen. 14 Tage nach der Sitzung beginnt eine spontane Depilation, die am 26. Tage vollendet ist, und damit hört die Ansteckung auf. Die Haare wachsen gesund wieder und zwar beginnt das Wachstum 2½—3 Monate nach der radiotherapeutischen Sitzung. Das Geheimnis des Erfolges beruht auf dem Vermeiden der Radiodermatitis, die, so gefahrlos sie bei dem Lupus ist, so gefährlich bei dem Herpes tonsurans ist, da sie eine dauernde Alopecie hervorrufen kann; es ist auch notwendig, dass die Sitzung nicht unzureichend ist, damit man nicht nun bei einer zweiten Sitzung dauernde Alopecie hervorruft. Bei Favus ist die Radiotherapie nicht in gleichem Masse nützlich; wenn man auch in gleicher Weise die Depilation erzielt, so gelingt es doch nicht mit derselben Leichtigkeit, das Wiederaufschiessen neuer Borken zu vermeiden, was seinen Grund darin hat, dass das Achorion nicht nur in die Haare, sondern auch in die Follikelwandungen eindringt. (V.)

Auf Grund eigener Beobachtungen kommt Kanitz (16) zu dem Schlusse, das das Röntgen-Verfahren in der Therapie des Favus nicht nur mit Erfolg anzuwenden ist, sondern dass es infolge seiner grossen Vorzüge über jedes andere Verfahren zu stellen ist. Der durch die Röntgenstrahlen verursachte Haarausfall ist bei weitem vollkommener als die Epilation mit der Pinzette. Bei richtiger Behandlung — mit sechs Röhrenstellungen — bleibt kein einziges Haar an den belichteten Stellen, während bei der noch so gewissenhaft ausgeführten Epilation

mit der Pinzette eine gewisse Zahl der Haare während des Herausziehens entzweihricht nnd in den Follikeln znrückhleiht. Bei der Elimination der Pilzelemente spielt die Schnppnng nach der Röntgenbehandlung eine grosse Rolle, durch welche, da sie sich anch auf das Innere der Haarfollikel erstreckt, anch die die letzteren auskleidenden Epithelschichten nnd mit ihnen die in donselben vegetierenden Pilze, eliminiert werden. Ausserdem ist die Alopecie länger dauernd, als nach den üblichen Epilationsmethoden, so dass die nen wachsenden Haare keine Pilze in der Hant finden und einem Rezidiv vorgehengt wird. Die Röntgen-Behandlung ist schmerzlos, schnell durchführbar. Dnrch eine antiparasitäre Nachbehandlung (Formalin) kann der Erfolg gesichert werden. (K.)

Didrichson (10) nntersuchte die Methode von Demidow der Favusbehandlnng mit 40% wässeriger Lösung des Formalins ohne Epilation. Resnltat war negativ. (S.)

Drenw (11) empfiehlt zur Behandlnng der Trichophytia corporis et barhae den die wirksamen Bestandteile seiner Psoriasissalhe enthaltenden Beiersdorffschen Pflastermull.

Rp. Acid. salicyl. 10,0, Ol. rusci, Chrysarobin ää 20,0, Snpon. vir., Vaselin ää 25,0. (A.)

Besprechnng der Therapie des Herpes tonsnrans durch O. Lassar (20). (A.)

Infektion von trichophytiekranken Rindern, die Klingmüller (17) beobachtete. Schwere Erscheinungen mit langdanerndem Fieher und intensiven entzündlichen Erscheinnngen. (A.)

Specht (30) demonstrierte eine Trichophytie des hehaarten Kopfes, der Extremitäten und des Nagels. Auf Stirn nnd Scheitel serpiginöse flache, narhige Veränderungen mit nur teilweise erhaltenen Haaren; an den Extremitäten zahlreiche infiltrierte, rundliche Herde, z. T. aus aggregierten Pnsteln bestehend, z. T. sitzen die Pusteln anf diffns infiltrierter Haut. Reichlich Pilze. (A.)

Beschreihnng von zehn Fällen durch Wallis (34). Die Patienten waren sämtlich Mädchen, von 8—17 Jahren. Bei allen war Pediculosis vorhanden. Das klinische Bild war ziemlich gleichmässig. Der anfänglichen Follicnlitis folgte Bildung von Pnsteln, Platzen derselben und zeitweise Alopecie. (W.)

105 klinische folgendermassen eingeteilte Fälle Bosellinis (4): 1. 85 Fälle von Trichophytie des Haupthaars, 2. 11 Fälle von Trichophytie der nnhehaarten Teile, 3. 12 Fälle von Trichophytie des Bartes. a) Die untersuchten Trichophytien hahen morphologische nnd kulturelle wohlunterschiedene Aharten entsprechend ihren Entwickelungshedingungen; Verf. hat sieben Arten nnterschieden; h) jede dieser Formen kann hei allen klinischen Arten von Trichphytie sich vorfinden, indessen bestehen in grossen Zügen Differenzen, nach denen znm Beispiel der in der Kultur rotviolette Trichophyton mit hesonderer Vorliehe eine Trichophytie des Kopfes der Kinder mit besonderen Charaktermerkmalen hervorzurufen scheint, während die anderen Trichophyten Trichophytie des Kopfes der Kinder verursachen mit klinischen Charaktermerkmalen, die von den Trichophyten des rotvioletten Trichophyton dnrchaus verschieden sind, ferner Trichophytie des Bartes der Erwachsenen und Trichophytie der nnbehaarten Teile. (V.)

Die Radiotherapie wnrde dnrch Respighi (25) in sieben Fällen von im Hanpthaar verhreiteter Trichophytie (erythematös-squamöse Form),

in einem Fall von im Bart sitzender Sycosis trichophytica und in zwei Fällen von Hypertrichosis am Kinn angewandt.

Bezüglich des Apparates und der Technik erwähnt Respighi folgendes. Es gelangten zur Anwendung: Strassenbeleuchtungselektrizität (Wechselstrom) — Ruhmkorffscher Apparat wegen Mangels einer Maschine für Gleichstrom-Röhren aus Chemnitz, die erwärmt werden können — 10 Ampères, mittlere Härte bei 12 cm Funkenlänge, 20 Stromunterbrechungen etwa in der Sekunde, Hautabstand von der Antikathode 15 cm, Entfernung der Sabouraud-Noireschen Vorrichtung von der Haut 8 cm; Dauer der Sitzung länger als von Sabourand angegeben, im Maximum 1 ½ Stunden. An Stelle der für Röntgenstrahlen undurchdringlichen Bleihülse, die die Röhre umgibt und mit einem zylindrischen Ansatz von entsprechender Länge versehen ist, wurden ½ mm starke Bleiplatten, die beiderseits mit Kautschuk überzogen sind, angewendet; sie wurden gefenstert und hanhenartig über der den Strahlen auszusetzenden Hautpartie mit Bändern festgehalten. Die Fensterausschnitte waren quadratisch, rechteckig, polygonal, je nach Bedürfnis, um die den runden Ausschnitten anhaftenden Unbequemlichkeiten zu vermeiden.

Bei der Trichophytie wurde Haarausfall am 15.—20. Tage beobachtet und zwar genügte meist eine einzige Röntgensitzung; die Haare wuchsen in der ursprünglichen Grösse oder etwas dicker, in dem längsten Zeitraume von drei Monaten wieder. In drei Fällen trat am fünften Tage eine erythematöse Reaktion auf und in zwei Fällen die Bildung von Eiterpusteln, die in dem einen Fall mehr oberflächlich, in dem anderen mehr tief waren.

In diesem letzteren und in einem weiteren Falle wurde kein vollkommener Haarausfall erzielt, so dass nach ¼ Jahr an derselben Stelle noch eine zweite Sitzung nötig war. An den von den Strahlen beeinflussten Stellen machte sich eine ausgesprochene Pigmentation bemerkbar. Eine Sitzung, die die sonst bestimmten Grenzen überschritt, oder 2—3 normale Sitzungen, die nur durch wenige Wochen voneinander getrennt waren, verursachten eine dauernde Alopecie. Bei Hypertrichosis wurden drei Sitzungen für jeden Herd angewandt, von denen eine von der anderen etwa drei Wochen getrennt waren, so dass die zweite Sitzung in Anwendung kam, wenn die Haare im ganzen ausgefallen waren. Die Behandlung hatte glänzenden Erfolg. (V.)

Reitmann (24) fand in den Nieren eines an Pneumonie verstorbenen Bäckers ziemlich stark lichtbrechende, runde, doppelt konturierte, meist kugelige Gebilde zwischen 5—20 μ gross, die er als Saccharomyceten aufzufassen geneigt ist. Sie sitzen hauptsächlich in den Epithelien der Tubuli, nie in den Glomerulis, frei mitten im Stroma oder innerhalb von Gefässen. Verf. nimmt äussere Infektion des Urogenitaltrakts an, deren Quelle unschwer in dem Beruf des Patienten zu finden sei. (A.)

Fahry und Kirsch (13) beobachteten einen Fall, der neben teils weissen, teils stärker pigmentierten Narben am ganzen Körper verstreut Effloreszenzen aufwies, die entweder akneähnlichen Pusteln resp. kleineren Abszessen ähnelten oder sich als skrofulodermartige und gummaähnliche schwammige Tumoren präsentierten. Herde vom Aussehen der Th. verr. cutis waren zwar vorhanden, traten aber nicht so sehr in den Vordergrund, wie dies andere Autoren betonen. Histologisch fanden sich Abszesse der Cutis, im Zusammenhang oder ausgehend von den Talgdrüsen, und sowohl in einer Delle der Epidermis als auch,

wenn auch spärlicher in der Cutis, Hefen. Die Prognose des Falles ist schlecht; trotz hoher Dosen Jodkali resp. Jodipin, sowie gründlicher Auskratzung nnd Ausbrennen der Stellen mit dem Paqnelin traten neue Tnmoren auf, wobei das Allgemeinbefinden dauernd schlechter wurde. (A.)

Die Komplikation der Mikrosporie mit Kerion bedentet nach Delhanco (9) eine Art Naturheilung, indem durch die sekundäre Eiterung die kranken Haare spontan ansgestossen werden. (A.)

Waelsch und E. Freund (33) beobachten einen in Triest beheimateten Polizisten, welcher seit längerer Zeit an mehreren Haaren seines Schnnrrbartes kleine bräunliche, bis mohnkorngrosse, mässig harte, kugelige, vom Haar durchbohrte Anflagerungen resp. ebensolche ihm fest anhaftende Scheiden anfwies. Die mikroskopische Untersuchung der aufgelagerten Massen ergab, dass es sich um Pilzsporen resp. -Fäden handelte nnd die nähere kulturelle und bakteriologische Prüfung der Pilzelemente führte zu dem Resnltat, das die Verf. einen Fall von Piedra nostras vor sich hatten. Diese Affektion kommt in Kolnmbien endemisch vor, in Enropa sind nur vereinzelte Fälle beschrieben worden und zwar lokalisiert sich der Prozess hier immer an den Schnurrhartaaren, während in Kolumhien die langen Franenhaare der bevorzngte Sitz des Leidens ist. Der Pilz ist ein Trichosporon. (A.)

Es handelt sich in Cohns Vortrage (8) um eine hisher nur in Amerika beohachtete Erkrankung, deren Erreger zn nntersuchen Verf. Gelegenheit batte. Die Krankheit stellt sich nach den Schilderungen der amerikanischen Forscher als Kombination einer Hautaffektion mit einer Erkrankung der inneren Organe dar, von denen die erstere mit der Mycosis fungoides verglichen wnrde, während die letztere im klinischen wie anch im pathologisch-anatomischen Bilde an Tuberkulose erinnert. Der Verlanf der Krankheit ist ein üheraus chronischer, aber unanfhaltsam maligner und kann zu weitgehenden Zerstörungen der inneren Organe sowie der Körperoberfläche führen. In den Gewehen fand man kugelige Organismen von teilweise bedeutender Grösse (bis zu 50 μ) die von ihren ersten Beohachtern für die cystischen Dauerformen von Coccidien (Protozoen) gehalten wurden, was der Krankheit den Namen Dermatitis coccidioïdes eingetragen hat. Von anderer Seite wurde dann festgestellt, dass eine Schimmelpilzerkrankung vorliegt; Montgomery sandte aus San Francisco Knlturen nach Europa, mit denen der Vortragende Nachprüfungen nnd weitere Untersuchungen anstellte. Es gelang, den Schimmelpilz auf den üblichen Nährböden weiter zu züchten, ohne ihn indessen zur Bildung von Fruchtkörpern zu hringen und mit dem Mycel hei geeigneten Versuchstieren — Kaninchen, hesser noch Meerschweinchen und weissen Mäusen — tödlich verlaufende Erkrankungen der inneren Organe, aber keine Hauterkranknngen zu erzeugen, die den heim Menschen heschriebenen, namentlich auch was die Lokalisation betraf, vollkommen entsprachen. Histologisch handelte es sich um tnherkelähnliche Knötchen und verkäsendes Granulationsgewebe und in den Krankheitsherden fanden sich an Stelle des Mycels die erwähnten kugeligen Gebilde, von denen hestimmte Exemplare tatsächlich eine grosse morphologische Ähnlichkeit mit Coccidiencysten hatten. Indessen konnte Vortragender ebenfalls das Aussprossen von Mycel aus den Kugelformen konstatieren, andererseits konnte er auch den Übergang des Mycels in die Kugelformen experimentell nachweisen. In der Diskussion verhreitet sich H. Fischer von der landwirtschaftlichen

Akademie in Poppelsdorf über die botanische Stellung des Pilzes. Er glaubt ihn eher den Phykomyceten als den Mykomyceten zurechnen zu müssen. (A.)

Krause (19) schildert einen in der Unnaschen Klinik beobachteten Fall von trockener, deutlich warziger, der Tb. verrucosa cutis ähnlicher Erkrankung, die der von amerikanischen Autoren als Blastomykose der Haut bezeichneten Affektion entsprach. Verf. kommt im Verfolg seiner Untersuchungen zu dem Schlusse, dass weder sein Fall, noch die oben erwähnten, von ihm kurz als Morbus Gilchrist bezeichneten Formen auf Wucherung echter Hefepilze zurückzuführen sind. Es handelt sich vielmehr um eine neoplastische exquisit karzinomähnliche Epithelerkrankung. Die als Blastomyceten angesehenen Körperchen möchte Verf. zum mindesten teilweise für hyaline Gebilde ansehen, während er die von amerikanischen Autoren aus der Affektion gezüchteten Pilze mit Wahrscheinlichkeit als gewöhnliche saprophytische Vertreter der Luftflora (Oidien, Schimmel) aufgefasst wissen will. Nur Buschkes Fall ist als echte Blastomykose anzusehen. (A.)

Oppenheim (23) hat 4 Fälle beobachtet, die sämtlich an der Nase lokalisiert waren und durch hohe Jodkalidosen auffallend günstig beeinflusst wurden. Klinisch waren es Pusteln von gelber und roter Färbung und ziemlich weicher Konsistenz, nach deren Zerfall unregelmässig begrenzte flache Geschwüre entstehen; histologisch fanden sich intrakorneale und subkorneale intraepitheliale Abszessbildung. Reinkulturen resp. Inokulationen waren negativ, doch fanden sich mikroskopisch Blastomyceten. (A.)

XIX.

Ekzem.

Bearbeitet von Unna-Hamburg, mit Beiträgen von A. Alexander-Berlin, Müllern-Aspegren-Stockholm, Selenew-Charkow, Verrotti-Neapel (im Auftrage von De Amicis-Neapel) und Ch. J. White-Boston.

Literatur:

1. Allen, Charles W., The treatment of eczema and impetigo in children. Med. Record. Vol. LXVII. S. 769.
2. Brandweiner, Fall von Lichen chronicus simplex (mit Diskuss. von Ullmann, Finger, Nobl, Weidenfeld, Ehrmann). Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 25. I.
3. Düring, E. v., Zur Therapie des Ekzems. Med. Klinik. 5. März.
4. Ehrmann, 2 Fälle von Ekzem en plaques. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 29. III.
5. Derselbe, Fall von Lichen simplex chronicus Vidal. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 8. II., 29. III.
6. François-Dainville, E., Des toubles de la nutrition et de l'élimination urinaire dans les dermatoses diathésiques (eczéma et psoriasis). Thèse de Paris.

7. Garrels (zitiert von Roth, E.), Gewerbeekzem der Walkereiarbeiter in der Tuchindustrie. Dentsche med. Wochenschr. S. 25.
8. Jacobitz, Ein Fall von Sepsis, hervorgerufen durch Staphylococcus citreus. Münch. med Wochenschr. S. 2020.
9. Joseph, Max, Ekzem nach bzw. durch Gebranch von Javol. Dermatol. Zentralbl. S. 64.
10. Kromayer, Fortschritte in der Ekzembehandlung. Wiener med. Wochenschr. S. 125.
11. Lebard (M.-I.-G.), Sur un type d'érythème fessier evolnant chez les nourrissons atteints d'eczéma séborrhéique. Thèse de Bordeaux.
12. Lassar, O., Über die Behandlung der Ekzeme. Deutsche med. Wochenschr. S. 1057.
13. Derselbe, Über neuere Gesichtspunkte in der Dermatotherapie. Med. Klinik Nr. 3.
14. Leale, M., Chronic eczema as a complication of the senile degenerations. Amer. Medicine. 15. April.
15. Leredde et Martial, K., Traitement de l'eczéma par la radiothérapie. Rev. prat. des mal. cut. syph. et vén. S. 269.
16. Lesné, E., et Davenière. E, Le babeurre à l'intérieur contre le strophulus et l'eczéma. Sem. méd. S. 607.
17a. Marchoux, L'eczéma et l'hypochlorhydie. Soc. méd. des Hôp. 16. Juni. (Disk.: Le Gendre, Vincent.)
17b. Meyer, Otto, Über Pikrinsäureverwendung bei Hautkrankheiten, besonders bei Ekzem. Therapent. Monatsh. S. 221.
18. Moberg, L., Studier öfver eksem och impetigo contagiosa. Hygiea, Mai u. Juni Nr. 5 u. 6.
19. Nobl, G., Zum Kapitel der Graviditätsdermatosen (Impetigo herpetiformis, Pyodermite végétante. Wiener med. Wochenschr. S. 1033, 1105.
20. Panichi, L., Contributo alla etiologia e alla patogenesi dell' Eczema. Giorn. it. delle malattie veneree a della pelle. fasc. 2. S. 224.
21. Pospelow, A. Perlèche oder Angulus infectiosus. Méd. Obozr. LXIV. 15.
22. Scberber, 2 Fälle von Ekzem en plaques. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 15. III.
23. Schirren, Heilung eines chronischen Handekzems durch Röntgenstrahlen. Med. Ges. in Kiel, 7. I.
24. Schnee, Fall von Ekzema chronicum madidsns pustulosum beider Hände, durch das elektrische Vierzellenbad geheilt. Klub der Wiener Kinderärzte. 28. III.
24a. Specht, Fall von Ecthyma vacciniforme. Breslauer dermat. Verein. 6. VI.
25. Stelwagon, Observations concerning some palmar eruptions. Journ. of cutan. dis. Jan.
26. Stern, Fall von Ekzema seborrhoicum, zum Teil an Pemphigus foliaceus erinnernd. Verein der Ärzte Düsseldorfs. 13. II.
27 Ullmann, Fall einer Kombination von Ekzem und Ichthyosis. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 8. II.
28. Weidenfeld, Fall von Lichen simplex chronicus. Verhandlungen der Wiener dermatol. Ges. 10. V. (Diskuss.: Nobl, Ehrmann, Neumann, Ullmann, Finger).
29, Westberg, F., Impetiginöses Ekzem und anderes. Med. Klinik. Nr. 29.
30. Derselbe, Kinderwundsalbe der Löwenapotbeke in Dülken. Pharmazeut. Ztg. S. 82.

Aus den Untersuchungen an zwei diesbezüglichen Fällen zieht Panichi (20) folgende Schlussfolgerungen: a) dass sich die Staphylokokken abgeschwächt sowohl an der erkrankten Stelle als im Blute finden, b) dass die Keime im Blute sich eher nachweisen lassen als die Hautveränderungen aufzutreten pflegen, so dass letztere als Folgeerscheinung der ersteren betrachtet werden können, c) dass das Hineingelangen der Keime in das Blut an zuweilen eiterige Prozesse geknüpft ist, die vor mehr oder minder langer Zeit schon aufgetreten waren, so dass man daran denken muss, dass diese Keime im Blute latent bleiben können und dass ihre Existenz erst klar wird, wenn man ihre Anwesenheit im strömenden Blute mit den besonderen Kulturversuchen nachweist.

Danach würde die Krankheitsfolge folgende Etappen durchlaufen: 1. örtliche Infektion an der änsseren Hant (Furunkel, Ahszess) oder an der Schleimhaut durch den Staphylococcus. 2. Eindringen der Keime in das strömende Blut mit nachfolgender allgemeiner klinisch manifester oder latenter Infektion. 3. Rückkehr der Mikrohen nach anssen durch die Haut hindurch, ja sogar durch die ganze Körperoherfläche hindurch mit nachfolgender ekzematöser Bildnng an den leichtest verletzharen Punkten. (V.)

Von den Ekzemarheiten des Jahres 1905 sind hanptsächlich die drei Arheiten von Dürings (3), Lassars (12) und Kromayers (10) zn nennen, welche die Therapie des Ekzems hehandeln. v. Düring teilt die Ekzeme ein nach ätiologischem Standpunkte und unterscheidet Ekzematisationen als Folge äusserer Schädlichkeit (artefizielle Dermatitiden), Ekzem nach Pediculi, nach Skahies, als Folgen irritierender Exkrete und anschliessend auch hei sehorrhoischen Exkreten der Hant, hei Stannng (variköses Ekzem) usf. Von Ekzematisationen als Folge innerer Schädlichkeiten (Stoffwechselkrankheiten dahei) will von Düring die ganz akuten Ekzeme als „erysipelatoide Dermatitis" hezeichnet wissen. Eine genane Feststellung, anf welcher Ursache das Ekzem im einzelnen Fall heruht, ist nnerlässlich für die Therapie, hei welcher immer der ganze Organismus im Auge zn hehalten ist. Für Bäder und Priessnitzsche Wickelung tritt von Düring warm ein. Lassar giht nur die heute allgemein übliche Definition des Ekzems: „Man fasst alles darnnter zusammen, was — ohne einer hesonderen Grundform, einer speziellen Individnalität der Affektion zn entsprechen — in Gestalt atypischer Hantentzündung mit der Tendenz zu hleihender Verharrung und progressiver Aushreitung in die Erscheinnng tritt." Die artifiziellen Ekzeme nicht hakterieller Natur werden hald durch Kratzen „Kratzekzeme" hakterieller Natur. Nehen der Behandlung mit Salizylzink-Amylumpaste und Teersalhe tritt Lassar für ausgedehnte Bäderhehandlnng ein. Auch die Röntgentherapie wird empfohlen. Kromayer empfiehlt bei akutem Ekzem, hei welchem die histologische Struktur der Haut noch nicht stärker alteriert ist: Ruhigstellnng der Haut namentlich durch Pastenbehandlung. Die chronischen Ekzeme teilt Kromayer ein in erstens die Form, welche sich aus akutem Ekzem entwickelt nnd eine chronisch entzündliche Infiltration der Haut hervorgerufen hat (Haut dick, rot, geschwollen), und zweitens das eigentlich chronische Ekzem, das von Anfang an in roten, schuppenden Papeln auftritt und als sehorrhoisches, psoriatisches oder parasitäres Ekzem bezeichnet wird. Für die erste Gruppe des chronischen Ekzems empfiehlt Kromayer die Teerprodukte und hesonders das Viethsche Anthrasol, für die zweite nehen Pyrogallol, Chrysarohin und Schwefel das Engallol. Zur Vernichtung tiefgehender Gewehsveränderungen, die diesen Mitteln trotzen, also hei chronischen Ekzemen, die sich hartnäckig mit akuten, entzündlichen Nachschühen komplizieren, empfiehlt Kromayer an Stelle der früheren Hehraschen Kalilauge die Behandlnng mit dem milde wirkenden Lenigallol. (U.)

Brandweiner (2) stellt einen Fall von Lichen chronicus simplex (Vidal) an heiden Unterschenkeln vor. Das Vorhandensein derber, hellroter, konfluierender Knötchen mit groh chagrinierter Oherfläche, die Ahwesenheit von Borken, Schuppen, Bläschen und Pusteln schliesst die Diagnose lichenifiziertes Ekzem aus. Bei letzterem hildet sich die Lichenifikation aus als eine Veränderung der Oherflächenstruktur in-

folge der durch die chronische Entzündung erzeugten Verdickung, beim Lichen simplex chronicus dagegen buntes Aneinandertreten der am Rande noch isolierten Knötchen. Finger bezeichnet für letzteren noch die Disseminierung nach der Peripherie als charakteristisch; handelt es sich um Ekzem, so tritt die Lichenification en plaques auf. Der Vidalsche Lichen stehe der Prurigo nahe. Ullmann hält den Fall doch für ein lichenifiziertes Ekzem, Nobl für einen typischen Fall von Lichen simplex. Ehrmann glaubt in diesen Fällen an das Bestehen einer Intoxikation. (U.)

Weidenfeld (28) demonstriert wiederum einen Fall von Lichen simplex chronicus, welcher von Nobl, Neumann und Ullmann für ein lichenifiziertes, resp. papuliertes Ekzem erklärt wird, während Ehrmann wie Weidenfeld an der Diagnose Lichen simplex chronicus festhalten. Finger sah den Patienten früher mit ausgebreitetem „Lichen simplex“ ohne ekzematöse Veränderungen. (U.)

Dem gegenüber zeigt Scherber (22), ebenfalls aus Fingers Klinik, zwei Fälle von Ekzem en plaques, die teilweise schuppend und mit Krusten bedeckt sind. (U.)

Otto Meyer (17 h) empfiehlt die früher viel gebrauchte Pikrinsäure als Adstringens bei Verbrennungen in $^1/_4$—1%iger Lösung in Wasser oder Alkohol zu Pinselungen bei Ulcus molle, Ekzem, Lupus, Epitheliom und Blennorrhöe. In der Strassburger Klinik wird eine Pikrinsäurezinkpaste bei Ekzema madidans und seborrhoischem Ekzem, sowie bei professionellem Händeekzem mit Erfolg angewendet. (U.)

Schirren (23) stellt einen Patienten mit chronischem Handekzem vor, der nach 10 monatlicher erfolgloser Behandlung mit Salbenverbänden durch eine zweimalige Röntgenbestrahlung vier Monate ekzemfrei war, und rühmt wegen der Möglichkeit, derartige Handekzeme ohne Berufsstörung zu heilen, die Röntgenmethode als die ideale. (U.)

Garrels (7) beschreibt eine Chromdermatitis, die neuerdings häufiger bei den Walkereiarbeitern in der Tuchindustrie vorkommt, ein sogenanntes Gewerbeekzem. Es handelt sich um das Auftreten juckender Knötchen und Pusteln an Fingern, Händen Unterarmen, die häufig ulzerieren. Das schädigende Agens ist nicht in den Farben der gewalkten Wolle und Garne, sondern in der dazu benutzten Chrombeize zu suchen (Kalibichromat). Prophylaktisch wird empfohlen, die überschüssige CrO_3 durch Zusatz von Soda zum Spülwasser zu entfernen. (U.)

Jacobitz (8) beschreibt einen Fall von septischer Erkrankung durch den Staphylococcus citreus, der tödlich endete. Die Infektion fand durch eine festangezogene Schnppenkette statt, welche zu einer vesikulösen Affektion am Halse führte, an die sich ein scharlachähnliches, den ganzen Körper überziehendes Erythem mit starker Lymphdrüsenschwellung anschloss. Weshalb diese primäre Hautaffektion als Ekzem bezeichnet wird, ist nicht ersichtlich. Als Beweis für die pathophore Bedeutung des Staphylococcus citreus ist der Fall interessant. (U.)

Eine kurze Betrachtung der trockenen, schuppenden Palmareruptionen, des Ekzema, Ekzema seborrhoicum und der Syphilis durch Stelwagon (25) von zahlreichen vorzüglichen Photogrammen begleitet.

Autor bemerkt, dass die Erscheinungen selten vor dem 25. Lebensjahre auftreten und dass sie hauptsächlich bei anämischen Personen und solchen Kranken vorkommen, bei denen infolge von Herz- und Nierenleiden ungenügende Blutzirkulation besteht. Sie finden sich öfter

bei Männern vor, hauptsächlich bei solchen, die eine sitzende Lebensweise führen. Die Differentialdiagnose zwischen obigen drei Formen ist oft schwierig. Deutliches von den Randflächen ausgehendes Umsichgreifen schliesst Ekzem aus. Infiltration und Stabilität zusammen weisen in der Regel auf Ekzema seborrhoicum. Es gehört grosse Geduld von Arzt und Patient dazu um einen dauernden Behandlungserfolg zu erzielen. Die aussichtreichste Therapie des Ekzema palmare besteht in Anwendung von 5—20% Salben oder Pflastern von Salizylsäure oder 1—5% Lösungen von Kaliumhydrat mit nachfolgender Applikation von Diachylonsalbe oder von Röntgenbestrahlung. Ekzema seborrhoicum wird sehr wirksam von 10—50% alkoholischen Resorcinlösungen oder 2—10% Chrysarobinsalbe beeinflusst. Bei Syphilis ist Quecksilber intern oder in Form von Inunktionen anzuwenden. Die Hebung des Allgemeinbefindens ist sorgfältig zu beachten. (W.)

In der ersten Abteilung seiner gediegenen Arbeit analysiert Moberg (18), was vom historischen und klinischen Gesichtspunkt als Ekzem aufzufassen ist. Da weder die Ätiologie bekannt ist, noch irgend ein Symptom was unbestritten pathognomonisch für die Krankheit ist, sich vorfindet, (nicht einmal die Vesikulation), muss die Diagnose auf der ganzen klinischen Evolution ruhen, und so diagnostiziert der Autor das Ekzem als „einen chronischen oberflächlichen Entzündungsprozess in der Haut, verbunden mit Jucken und einer Geneigtheit, sich diffus zu verbreiten, der eine abnorme Verhornung und seröse (serofibrinöse) Exsudation bewirkt und häufig sekundär zu vorher bestehenden Hautveränderungen auftritt“. Die Definition stimmt in der Hauptsache mit der Unnaschen überein, schliesst aber das seborrhoische Ekzem aus. Infolge von sowohl vorhergehenden (Scholz und Raab, Unna, Sabouraud) wie eigenen bakteriologischen Untersuchungen hält sich der Autor für berechtigt, zu der Definition hinzuzufügen: „dass das Ekzem sich unter Mitwirkung von Staphylokokken aus einem bestimmten, stets gleichen Typus bildet“ (zum Unterschied vom seborrhoischen Ekzem, wo die Flora mannigfacher ist, doch mit überwiegender Anwesenheit eines weissen Coccus von anderem Typus.

Betreffend die Entstehung von Impetigo vulgaris polemisiert der Autor gegen Sabouraud und meint, dass Staphylokokken eher als Streptokokken die pathogenetische Rolle zu spielen haben und zwar wesentlich darum: der Streptococcus kommt recht häufig auf normaler Haut und bei banalen Prozessen auf der Haut vor, und sein Vorkommen bei Impetigo vulgaris ist nicht derart, dass man auf einen konstanten Zusammenhang zwischen diesem und dem pathologisch-anatomischen Krankheitsprozesse schliessen kann; er kann ab und zu bakteriologisch, aber niemals histologisch im frühen Stadium nachgewiesen werden. Staphylokokken dagegen scheinen überall bei diesen Affektionen vorzukommen, und Sabourauds Ansicht von den Staphylokokken, dass sie allein einen eiterigen Prozess hervorrufen können, ist unrichtig (Almkvist, Impfungen von Pemphigus neonatorum, Unna-Impfungen mit Kokken von Ekzem, Unna-Schwenter-Trachsler, Kreibich, Matzenauer, Impfungen mit Impetigokokken) und endlich fehlen alle Impfversuche mit Streptokokken, während Versuche mit Staphylokokken positiv geworden sind.

In seiner zweiten Abteilung berichtet der Autor über eine vergleichende bakteriologische Untersuchung zwischen den bei Ekzem und Impetigo vulgaris gefundenen Staphylokokken und den pyogenen Kokken.

Der Autor verschaffte sich Staphylokokkenstämme von Ekzem: 15 Stämme (fast stets erhielt er schon von Anfang an Reinkulturen), von Impetigo vulgaris (15 Stämme), von eiterigen Prozessen (18 Stämme) und von anderem Ursprung (5 Stämme).

Weder morphologisch noch kulturell konnte der Autor hinlänglich konstante Unterschiede nachweisen, um sie als verschiedene Arten zu charakterisieren. Sowohl Monaden als Dyaden kommen vor, letztere im allgemeinen überwiegend. Die Grösse ist für die verschiedenen Gruppen die gleiche. In bezug auf die Farbe der Kulturen verhalten sich die verschiedenen Gruppen gleich; die Farbe der Stämme innerhalb der verschiedenen Gruppen variiert von schwach gelb zu stark orange. Bezüglich des Liquefaktionsvermögens konnte der Autor möglicherweise Unnas und Kaufmanns Angabe bestätigen, dass dasselbe bei den Impetigokokken schwächer war als bei den pyogenen (wenn die Bakterien kärglich auf .künstliche Nährsubstrate übertragen waren). Hinsichtlich der säurebildenden Fähigkeit der Kokken hat der Autor sorgfältige Titrierungen gemacht und unbedeutende individuelle Variationen, aber keinen Gruppenunterschied gefunden.

Was die Agglutination betrifft, so zeigt es sich, dass sowohl Ekzem- wie Impetigo- und pyogene Kokken von denselben Seren agglutiniert werden, dass aber die Verdünnung, welche die schwächste ist, um noch Agglutination hervorrufen zu können, für verschiedene Stämme sehr verschieden ist, nicht aber für die verschiedenen Gruppen.

Der Autor hat im allgemeinen mit hochwertigen Seren gearbeitet, welche verschiedene Stämme in einer Verdünnung 1:10000 vollständig agglutiniert haben.

Aus seinen Agglutinationsversuchen zieht der Autor den Schluss, dass die Ekzem-, Impetigo- und pyogenen Kokken nahe verwandt miteinander sind, hält es aber für übereilt, wie Veiel dies tut, sie für identisch zu halten, eher deuten das verschiedene klinische Auftreten der Krankheiten und die Impfungsresultate der Bakterien darauf, dass die Bakterien nicht identisch sind.

Die Hämolysinbildung konnte der Autor bei allen agglutinabeln Stämmen nachweisen, aber auch bei den Impetigostämmen, was vorher nicht dargetan war, doch nicht bei den inagglutinablen. Die gebildete Menge Hämolysin schien dagegen in keinem näheren Verhältnis zu der grösseren oder geringeren Agglutinabilität zu stehen. (M.-A.)

Westberg (29) empfiehlt das Liantral-Trikoplast bei Trichophytie nicht behaarter Stellen. (A.)

Lassar (13) empfiehlt Ungt. sulf. rubr. gegen Impetigo contagiosa. (A.)

Pospelow (21) beschreibt Klinik, Ätiologie, Diagnostik und Behandlung dieser noch nicht gut untersuchten Krankheit der Mundlippen. (S.)

Specht (24a) demonstriert einen Fall von Ecthyma vacciniforme (bläulich-rote, weiche Effloreszenzen mit zentraler, trichterförmiger Einschmelzung, resp. linsen- bis 1 Markstück grosse Geschwüre an verschiedenen Stellen des Körpers). Zwei Jahre altes, sehr heruntergekommenes Kind, Exitus an Miliartuberkulose. Im Ausstrich der Geschwüre Staphylokokken und echte Diphtheriebazillen. (A.)

XX.

Ätiologie des Ekzems.

Bearbeitet von **Bockhart**, Wiesbaden.

Literatnr:

1. Galletta, V., Sull' etiologia di un caso di eczema. Gazz. degli Osped. 17. Dezember.
2. Hall, A. J., An inquiry into the aetiology of infantile eczema. Brit. Journ. of Dermatol. Mai, Juni, Juli und August. Vol. XVII. Nr. 5—8.

Hall (2) schickt seiner fleissigen Untersuchung eine Znsammenstellnng der verschiedenen Theorien über die Ätiologie des Kinder-Ekzems von Alibert (1803) bis Warde (1903) voraus. Er selbst hat 60 Fälle von Kinder-Ekzem sehr genau untersncht. Er beschränkt seine Untersuchnng auf solche Fälle, in denen das Ekzem im ersten Lebensalter begann (Säuglings-Ekzem). Bei seiner Untersnchung berücksichtigte er n. a. den Gesundheitszustand der Mutter und der Geschwister des ekzemkranken Kindes, die Jahreszeit, in der das Ekzem anftrat, die Art der Ernährung und den allgemeinen Gesundheitszustand der ekzemkranken Kinder, Impfung, Zahnung, Sitz der ersten Ekzem-Eruption, Art der Ausbreitnng des Ekzems (letzteres durch instruktive Zeichnungen erläutert).

Der Verfasser kommt anf Grund seiner Beobachtnngen zu dem Schlusse, dass weder Vaccination, Dentition oder irgend eine Diathese noch auch Verdauungsstörnngen die Ursachen des Kinder-Ekzems sein können. Aus seinen Beobachtungen geht hervor, dass die meisten der von ihm nntersuchten ekzemkranken Kinder gut genährt waren und verhältnismässig gesunde Mütter hatten; ferner dass sie gerade im Sommer, wenn die Kinder am ehesten zn Darmerkrankungen geneigt sind, am wenigsten an Ekzem litten und dass Änderungen in der Kost keinen Einfluss auf das Ekzem hatten. Der Verfasser glaubt daher, wie gesagt, nicht an einen Zusammenhang zwischen Verdanungsstörungen und Entstehung des Kinder-Ekzems. Er sieht die Ursache des Kinder-Ekzems in äusseren Reizen (external irritation). Allerdings nicht in der Tätigkeit von Mikroorganismen, denen er nur eine sekundäre Rolle in der Ätiologie und im Verlaufe des Ekzems zuschreibt. Nach seiner Meinung kann man durch die parasitäre Theorie allein die Erscheinungen des Kinder-Ekzems nicht befriedigend erklären.

Er stellt vielmehr folgende Theorie von der Entstehung des Kinder-Ekzems auf: Er hält das Kinder-Ekzem für ein Analogon des traumatischen Ekzems der Erwachsenen. Diese zunächst paradox klingende Behauptung begründet er folgendermassen: Das Kinder-Ekzem beginnt fast immer am Kopf oder im Gesicht. Diese Körperteile sind in der Tat während der ersten Lebenswochen allein unbedeckt. Die sekundären Eruptionen an anderen Körperstellen sind meistens viel weniger heftig und haben die Neigung, mit der Heilung der nrsprünglich kranken

Stelle zu verschwinden. Die Ekzem-Eruption erscheint ziemlich konstant um die Zeit, in der die Mütter beginnen, das Kind weniger fest in Windeln einzuwickeln als in den ersten Lebenswochen, also dann, wenn die Haut des Kindes weniger geschützt ist als vorher. Die Zahl der ekzemkranken Kinder nimmt mit Beginn der kalten Jahreszeit zu; es besteht ein Zusammenhang zwischen Zunahme der Ekzemfälle und Abnahme der Temperatur. Die zarte nnd empfindliche Haut des neugeborenen Kindes, meint der Verfasser weiter, kommt sogleich nach der Geburt in ganz nene Verhältnisse, an die sie sich allmählich akkommodieren muss, nnd die eine Zeitlang als Reize, gewissermassen wie Traumen, auf die Hant einwirken, Das Kind kommt bei der Geburt sozusagen aus einer suhtropischen Wasser-Existenz in ein Leben anf dem Lande in gemässigter Zone. Anf die nnbedeckten oder weniger eingehüllten Körperstellen wirken jene Reize mehr als anf die hesser geschützten. Daher erkranken Kopf nnd Gesicht fast immer zuerst. Auf die neuen Reize reagiert die Haut des Kindes durch Ekzem. Solche Reize sind hauptsächlich: Kälte, Temperaturwechsel, nnvollkommenes Abtrocknen der Hant, Seife, Mikroorganismen, Staub, Schweiss der Haut der Mutter. Den Vorgang der allmählichen Anpassung des Kindes an die neuen Daseinsbedingungen und ihre Reize nennt der Verfasser die „occnpation of infancy".

Schliesslich meint der Verfasser, alles was man Ekzem nennt, hei Kindern oder Erwachsenen, könne man als eine Art von Reaktion oder Antwort des nenro-kutanen Apparates auf eine äussere Irritation auffassen. Die Hant der meisten Menschen hesitze diese Reaktionsfähigkeit nicht. Manche besitzen sie in höherem, manche in geringerem Grade.

(B.)

XXI.

Dermatoneurosen. Sensibilitätsstörnngen, Angioneurosen und Trophoneurosen.

Bearbeitet von **A. Eulenburg**-Berlin, mit Beiträgen von **Churchman**-Baltimore, **Kanitz**-Klausenbnrg (im Anftrage von **v. Marschalkó**-Klausenburg), **Malinowski**-Warschan, **Rusch**-Innsbruck, **Scholtz**-Königsberg, **Selenew**-Charkow, **Toeplitz**-New York, **Verrotti**-Neapel (im Auftrage von **De Amicis**-Neapel) und **Ch. J. White**-Boston.

Literatur:

1. Adler, L. H., A further contribntion to the study of prnritus ani, with special reference to its local treatment. New York Med. Journ. Vol. 82. 29. Juli. S. 216.
2. Alquier, L. et Touchard, Les lésions périvusculaires de la sclérodermie généralisée. Soc. de Biol. 23. Dez.
3. D' Amato, Diagnosi di un caso di sclerodermia a piastre. Società italiana di Dermatologia e Sifilografia. Dicembre, vedi Giorn. it. della m. veneree e della pelle. 1906. fasc. 1.
4. Armand, Ca., et Sarvonat, Fr., La maladie de Quincke. (Oedemo aigu angio-neurotique.) Rev. prat. des mal. cut. syph. et vén. S. 229.

5. Babcock, W. W., Csrvical rib with resulting gangrene of ths fingers. Amer. Medicins. 7. Oktober.
6. Baronio, A., Ulceri cutanse angioneuroticbs mostruali in donna isterica. Policlinico. 10. Sopt.
7. Baum, Julius, Beitrag zur Lehre von der Urticaria. Berliner klin. Wochenschr. S. 9. (Siehe auch Abschnitt: Experim. Dermatol.)
8. Bertazzoli, C., L'orticaria nei prodromi della febbre tifoide. Gazz. degli Osped. 11. Juni.
9. Bonman, K. H., Een geval van verkregen chronisch trophoedeem. Nederl. Tijdschr. voor Genesk. 25. Febr.
10. Cernezzi, A., Male perforante del piede guarito collo stiramento del nervo plantare interno. Riforma med. 2. September.
11. Chauffard, Lymphocytose rachidienne secondaire et tardive avec symptômes de méningite epinale dans un cas de zona thoraco-abdominal. Soc. méd. des hôp. 2. Juni.
12. Chestls, G. L., The points of incidence compared in cancer, lencoderma, and scleroderma. Brit. med. Journ. 29. April. S. 926.
12a. Corlett, Varicella accompanying herpes zoster. Journ of cutan. dis. Juli.
13. Dodnrin, J. P., Zur Kasuistik der Krankheit von Raynaud. Russisches Journal für Haut- und venerische Krankheiten. T. IX. April.
13a. Douglas, O. B., Ein Fall von angio-neurotischem Ödem. Annale of Otol. rhinol. and laryngol. Sept. S. 567.
14. Dubreuilh, W., Prurigo lymphadénique. Ann. de dermatol. et de syph. August u. September. T. VI. S. 665.
15. Dufour, Neurodermite au cours d'une myélite. Soc. méd. des hôp. 24. Nov.
16. Ehrmann, Zwei Fälle von Sklerodermie. Ges. der Ärzte in Wien. 12. V.
17. Derselbe, Fall von Sklerodermie. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 29. III. (Diskuss.: Ullmann, Nacker, Neumann.)
18. Derselbe, Fall von Mal perforant bei Syringomyelie. Verhandlungen der Wiener dermatol. Ges. 15. III. (Diskuss.: Neumann.)
19. Evans, W., The age-incidence of herpes zoster. Brit. Journ. of Dermatol. Juni.
20. Ferrier, Gangrène d'origine nerveuse des membres inférieurs. Soc. méd. des hôp. 21. Juli.
21. Finger, Fall von Urticaria papulosa chronica. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 10. V. und 24. V. (S. auch Allgem. Pathol. der Haut.)
22. Flamini, M., Dermografismo studiato in alcune malattie dei bambini. Gazz. intern. di med. S. 9.
23. Gassmann, A., Über einen chronischen pigmentierten hyperämisch-papulösen Ausschlag (Urticaria pigmentosa?). Dermatol. Zeitschr. S. 284.
24. Halberstädter, Lupus erythematodes oder Sklerodermie? Breslauer dermatol. Verein. 12. 1. (von Weik 6. VI. als Hydroa vacciniforme aestivalis vorgestellt).
25. Halsted, P. H., Angio-neurotic oedema involving the upper respiratory tract. American Journal of the Medical Sciences. Vol. CXXX. S. 863.
26. Harrington, F. B., Angio-neurotic edema: report of a case operated upon during an abdominal crisis. Boston med. and surg. Journ. Vol. 157. 30. März. S. 362.
27. Henry, R., Étude sur le mal perforant buccal tabétique. Thèse de Paris.
28. Hirshberg, L. K., A study of the gastric contents in urticaria. Amer. Medicine 2. September.
29. Howard, William Travis, Further observations on the relation of lesions of the Gasserian and posterior root ganglia to herpes, occurring in pneumonia and cerebrospinal meningitis. Transact. of the Assoc. of American Physic. Vol. XX. S. 165. Amer. Journ. of the Med. Scienc. Vol. 130. Dezember. S. 1012.
30. Huiemans, L., Über die Beziehungen von Infektion, Gefäss- und Blutdrüsenerkrankungen zur Sklerodermie. Münch. med. Wochenschr. S. 451.
31. Klein, Zur radikalen Behandlung des Pruritus ani. Therap. d. Gegenw. S. 528.
32. Kohn, Fall von Herpes zoster des Oberarms mit Lähmung der vom Nervus axillaris versorgten Muskeln. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 10. V. (Disk.: Ehrmann, Mraček, Neumann.)
33. Korte, Fall von Sklerodermie. Schles. Ges. f. vaterländ. Kultur in Breslau. 3. III.
34. Kraus, Jos., Ein Fall von Herpes zoster facialis bilateralis. Dermatol. Zentralblatt. S. 226.
35. Krysstalowin, Ein Beitrag zur Histologie der Sklerodermie der Haut. Przeglad lekarski Nr. 34 u. 35.
36. Leale, M., L'application de ventouses contre le zona. Sem. méd. S. 428.

37. Leale, M., The empleyment of dry cupe in the treatment ef herpes zester. New York Med. Journ. Vel. 82. 19. August. S. 373.
38. Leredde, Traitement dn prurit vulveire par la pâte de zinc. Rev. prat. des mal. cnt., syph. et vén. S. 188.
39. Lévai, Ätiologie des Malum perforans pedis. 33. Wandervers. ungar. Ärzte n. Naturforscher. 29. VIII.
40. Mac Gewan, The use of adrenalin chloride of haemorrhages end angieneurotic diseases of the skin. Journ. of cutan. dis. Febr.
41. Marichan-Beeuchant, R., Das aknte umschriebene Ödem der Haut und der Schleimhäute. Annales de Dermat. et de Syphil. Heft 1.
42. Ménétrier, P., et Bloch, L. Un cas de sclérodermie diffuse. Amélioration considérable par le traitement thyroidien. Rev. prat. des mal. cnt., syph. et vén. S. 112.
43. Meyer, Hans, Ein Fall von Ischias mit komplizierendem Herpes. Münch. med. Wochenschr. S. 168.
44. Morrow, Ethyl chloride in the treatment of zoeter. Journel of cutan. dis. Apr.
45. Mosse, Zwei Fälle von veeomotorisch-trophischer Neuroso. Verhandlungen der Berliner med. Ges. 21. Juni.
46. Nen, Maximilian. Herpee zoster im Wochenbett einer Eklemptiechen. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. S. 446.
46a. Nichols, Angieneurose, ein Unicum. Journ. of cnt. dis. S. 373.
47. Nobl, Fall von Urticaria xanthelasmoidea bei einem Knaben. Ges. f. innere Medizin u. Kinderheilk. in Wien, pädiatr. Sektion. 8. VI.
48. Nobl, G., Zur Kenntnie der Urticaria xanthelasmoidea. Arch. f. Dermet. u. Syph. Bd. 75. S. 73 und 163.
49. Pérus, J., Contribution à l'étude de la sclérodermie; son traitement par le salicylate de méthyle. Thèse de Toulonse.
50. Reepighi, E., Di un caso eingolariesimo di orticaria recidivante (orticaria cetameniale). Clinica moderna. 8. und 15. Febr. (S. auch allgem. Pathologie d. Haut.)
51. Riehl, Zwei Fälle von Hautatrophie, der erste zur idiopathischen gehörig, der zweite nach Sklerodermie entstanden. Ges. der Ärzte in Wien. 7. IV.
52. Rille, Demonstration eines Falles von Sklerodermie und Raynaudecher Krankheit. Med. Ges. zu Leipzig. 24. X.
53 Robinson, Daisy M. O., Observations on the diagnoeis and treetment of herpes zoster. New York Med. Journ. Vol. 81. 10. nnd 17. Jnni. S. 1153 u. 1211.
54. Róna, S., Zur Ätiologie der sogenannten spontanen oder multiplen spontanen oder neurotischen und hysterischen Gangrän auf Grund von fünf Fällen. Arch. f. Dermat. n. Syph. Bd. 75. S. 257.
55. Derselbe, Az úgynevezett spontan vagy neuretikus multiplex gangraena aetiologiájához öt eset kapcsán. (Zur Ätiologie der sogenannten spontanen oder multiplen, neurotischen Hautgangrän auf Grund von fünf Fällen. Orvosi Hetilap Nr. 11.
56. Rnbens, Ein Fall von akutem umschriebenem Ödem mit orthostatischer Albuminurie. Münch. med. Wochenschr. S. 854. (Siehe anch Abechnitt: Allgem. Pathol. der Heut.)
57. Schebaiew, N., Ein seltener, hartnäckiger Fall von Urticarie chronica, geheilt durch Chinin mit Antipyrin. Voienno med. Journ. Juli.
58. Schwerdt, C., Ein Fall von zirkumskriptor Sklerodermie, behandelt mit Mesenterialdrüse. Münch. med. Wochenschr. S 509.
59. Simonet, A., Du prurit vulveire réflexe dans la métro-vaginite aiguë. Thèse de Paris.
60. Spiegel, Zwei Fälle von Sklerodermie. Allg. ärztl. Verein zu Köln. 8. V.
61. Spiegler, Fall von Herpes zoster. Verhandl. der Wiener Dermatol Ges 8. II.
62. Spiegler, Fall von Sklerodermie. Ges. der Ärzte in Wien. 16. VI.
63. Spitzer, Ludw., Ein Fall von rezidivierendem Herpes zoster am Zeigefinger der linken Hend. Dermatol. Zentralbl. S. 74.
64. Steinberg, Lokale Asphyxie der Hände bei einer Strumapatientin. Schles. Ges. f. vaterländ. Kultnr in Breslau. 3. III.
65. Strasberg, Über Dermographismus. Rhein.-westfäl. Ges. f. innere Med. und Nervenheilk. VI. Vers. (Diskuss.: Steiner).
66. Swoboda, Nerbert, Fall von Urticaria pigmentosa, seit der ersten Lebenswoche. Ges. f. innere Medizin und Kinderheilk. in Wien, pädietr. Sektion. 8. VI.
67. Terra, F., Prurigo de Hebra. Brazil-medico. 22. Juli.
68 Török, L., Recidiváló herpes simplex atypikus localisatioban. (Über Herpes simplex recidivane mit atypischer Lokalisation.) Budapesti Orvosi Ujság, Dermat. Bailage Nr. 4. Pest. med.-chir. Presse. 10. Dezember.

69. Touchard, P., Recherches anatomo-cliniques sur la sclérodermie généralisée. Thèse de Paris.
70. Ullmann, Fall von Prurigo gravis. Verbandl. der Wiener dermatol. Ges. 15. III.
71. Derselbe, Fall von schwerem Herpes zoster dorso-pectoralis brachialis ohne, und Fall von Herpes localis recidivans beider Wangen mit starker Indikanurie. Verbandl. der Wiener Dermatol. Ges. 8. II.
72. Derselbe, Fall von Sclerodermia circumscripta multiplex, durch lokalen Druck entstanden. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 15. III. (Disk.: Ehrmann, Spiegler, Neumann, Mraček.)
73. Derselbe, Fall von Urticaria. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 7. VI.
74. Unscbuld, Noch eine Mitteilung über Balsamum peruvianum. Münch. med. Wochenschr. S. 609.
75. Vetlesen, H. J., Mere om urticaria integumenti externi et mucosae. Norsk Mag. for Laegevidenskaben. November.
76. Derselbe, Urticaria og urticaria-artede udbrud paa slimhinder. Norsk Mag. for Laegevidenskaben. März.
77. Vladár, M. L., Raynaud féle betegség eseto. (Ein Fall von Raynaudscher Erkrankung.) Orvosi Hetilap. Nr. 27.
78. Wallis, F. C., The cause and treatment of pruritus ani. Brit. med. Journ. 13. Mai. S. 1029.
79. Ward, S. B., Erythema and urticaria, with a condition resembling angeioneurotic oedema, caused only by exposure to the sun 's rays. New York med. Journ. Vol. 81. 15. April. S. 742.
80. Weidenfeld, Fall von Urticaria perstans (mit Diskussion von Neumann, Ehrmann). Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 8. II.
81. Weik, Mal perforant du pied boi Tabes. Breslauer dermat. Verein. 6. VI.
82. Derselbe, Sklerodermie am rechten Bein und Abdomen. Breslauer dermat. Verein. 12. I.
83. Wende, Ein Fall von akuter Urticaria mit besonderer Komplikation. Deutsche med. Wochenschr. S. 1433.
84. Wolff, Alfr., Fall von Raynaudscher Gangrän. Berl. med. Ges. 22. II.
85. Würtzen, C. H., Om kutan reflekshyperalgesi og dens forhold ved lungetuberculose. Bibliothek for Laeger. Oktober.
86. Zilocchi, A., Dell' edema acuto angioneurotico o morbo di Quincke. Riforma med. 22. Juli.

Fall von Pruritus ani aus unbekannter Ursache bei einem 12jährigen Mädchen aus Kleins Praxis (31), trotz dauernder Behandlung seit vier Jahren bestehend. Haut der Analgegend verdickt, mit Kratzeffekten durchsetzt, oberflächlich mazeriert, von der Farbe syphilitischer Papeln. Kauterisation in Narkose mit dem flachen Paquelin-Brenner. Nachbehandlung mit Kamillen-Sitzbädern und Applikation von Lanolin vier Wochen hindurch; völlige Heilung ohne nennenswerte Narbenbildung. (E.)

In dem Falle von Ullmann (70) handelte es sich um einen schweren Prurigo. Durch Milchdiät, gute Pflege und warme Bäder besserte sich in wenigen Tagen der Zustand ohne medikamentöse Behandlung. Aromatische Fäulnisstoffe im Harn, die anfangs in normaler Menge vorhanden waren, wurden dabei geringer, gingen aber bei gemischter Kost gleich wieder in die Höhe. Die Prurigoerscheinungen waren dieser Schwankung indessen nicht unterworfen, sondern gingen ohne Rücksicht auf die geänderte Kost gleichmässig zurück. Ullmann glaubt daher nur eine Hautdisposition bei Prurigo als ätiologisches Moment annehmen zu können und keine abnormen Darmgärungen. (Sch.)

Vorausgeschickt wird durch Dubreuilh (14) die Kasuistik der Prurigo lymphadénique (16 Fälle), dann folgt die Mitteilung zweier eigener Beobachtungen und auf Grund aller dieser eine ausführliche Schilderung ihrer klinischen und anatomischen Charaktere. Es handelt

sich nicht um lymphatische Leukämie, sondern um jene Erkrankungen, die sich durch allgemeine Drüsenschwellungen, besonders um solche am Halse, charakterisieren, ferner durch Anämie mit oder ohne Leukozytose (Pseudoleukämie).

Die Erkrankung bevorzuge das männliche Geschlecht und jüngere Individuen, sie beginne mit Juckreiz oder mit Drüsenschwellungen; mitunter treten beide Symptome gleichzeitig auf. Der Juckreiz ist enorm, tritt anfallsweise auf und wird von Hauteruptionen begleitet, die als die Folgen des Kratzens zu betrachten sind, wie Exkoriationen, Pigmentationen, impetiginöse, papulöse und urtikarielle Effloreszenzen, Lichenifikation, Haarverlust usw. Die Drüsenschwellungen sitzen vorzugsweise am Halse, sind derb, indolent, beweglich, nussgross, vielfach von einem ödematösen, weichen, pseudolipomatösen Gewebe eingehüllt und bilden grosse Pakete; öfters begegnet man dem Zusammentreffen mit mehr oder weniger umfangreichen mediastinalen Drüsenschwellungen, die die Bronchien komprimieren und dadurch zu Dyspnoe, Suffokationserscheinungen und keuchhustenähnlichen Anfällen Veranlassung geben. Die Erkrankung ist progressiv und führt nach durchschnittlich $1^1/_2$ Jahren zum Tode. Der Pruritus wird wahrscheinlich durch Toxine hervorgerufen, die die Drüsenschwellungen produzieren; diese machen ihrem Gesamtbild zufolge eher den Eindruck einer Neubildung, als jenen einer chronischen Infektionskrankheit; für Tuberkulose fehlen wenigstens jegliche Anhaltspunkte. (R.)

Nobl (47 48) berichtet über einen mehrere Monate beobachteten und auch histologisch untersuchten Fall von Urticaria pigmentosa, welcher dadurch ausgezeichnet war, dass nie Jucken bestand und auch keine Urticaria factitia vorhanden war. Im übrigen war der Fall im ganzen typisch, die Erkrankung hatte im ersten Lebensjahr begonnen, die Hauterscheinungen hatten das typische Aussehen und auch die histologische Untersuchung ergab als charakteristischen Befund neoplasmaartige Einlagerung von Mastzellen im Papillarkörper und Corium ohne entzündliche Begleiterscheinung.

Nobl wählt den Namen Urticaria xanthelasmoidea wegen der Ähnlichkeit der gelblichen Quaddeln mit Xanthomen: ich glaube aber nicht, dass es fruchtbringend ist, alteingebürgerte dermatologische Namen ohne zwingenden Grund zu verlassen, und kann in der Bezeichnung Urticaria xanthelasmoidea keinen Vorzug vor dem üblichen Namen Urticaria pigmentosa finden. (Sch.)

Swoboda (66) hat bei einem im übrigen typischen Fall von Urticaria pigmentosa im Hinblick auf die Tatsache, dass die Flecken im Gesicht und auf den Händen gewöhnlich blasser und weniger ausgesprochen sind, eine Behandlung mit Sonnenbädern versucht, jedoch keinen Erfolg erzielt. (Sch.)

Weidenfeld (80) demonstrierte in der Wiener dermatologischen Gesellschaft einen Kranken von Urticaria perstans; nach der Diskussion scheint aber die Diagnose zweifelhaft zu sein. (Sch.)

In dem Falle von Finger (21) traten fast auf der ganzen Hautfläche, ohne Bevorzugung der Streckseiten der Extremitäten, in Schüben linsengrosse hellrote Quaddeln auf, welche mehrere Tage bestehen blieben, zum Teil zerkratzt wurden, und dann unter Narbenbildung und Pigmentation abheilten. Die Affektion besteht über ein Jahr und ist mit heftigem Jucken verbunden. (Sch.)

Gesunde Kinder zeigen nach Flamini (22) keine oder einen nur ganz geringen Dermographismus. Bei kranken Kindern ist die Intensität und die Häufigkeit um so grösser, je mehr die Erkrankung sich den schweren Infektionskrankbeiten nähert. Konstant ist Dermographie bei Typhus, Pneumonie, Scharlach, Masern, fast konstant bei Diphtherie und Pleuritis, weniger häufig bei Tuberkulose und hereditärer Syphilis. Bei Meningitis ist sie konstant, immer neuroparalytisch, verspätet im Auftreten aber auffällig lange anbaltend. Diese Kennzeichen machen sie zu einem wichtigen Symptom, dessen Konstanz bemerkenswert ist.

Der Dermographismus ist meistens paralytisch, zuweilen auch spastisch (Anämie, Rachitis.)

Bei Scharlach ist er paralytisch, indessen wird die rote Linie von zwei weissen angiospastischen Linien eingerahmt. (V.)

Schwerdt (58) hat, in Konsequenz früher von ihm dargelegter theoretischer Anschaunngen, einen Fall von zirkumskripter Sklerodermie (oberhalb der linken Schulter) bei einem 8jährigen Mädchen mit Mesenterialdrüsenpräparaten behandelt und in acht Monaten eine sehr günstige Wirkung erzielt. (Zur Verwendung kamen Mesenterialdrüsen vom Schaf, die durch das für Arzneipräparate vorgeschriebene Verfahren bearbeitet wurden. Der mit Milchzucker vermischte pulverförmige Rückstand kommt unter dem Namen Coolidrin in den Handel. Hergestellt wird das Präparat von Apotbeker Bormann in Gotha, auch in Tabletten zu 0,3). (E.)

Kurze Mitteilung eines Falles durch Huismans (30) von Sklerodermie bei einer 42jährigen Frau, der nichts Ungewöhnliches bietet. Im Anschlusse daran längere theoretische Erörterungen. Nach Huismans ist die Sklerodermie in das System der Blutdrüsenerkrankungen einzuordnen, weil diese sich hervorragend am Krankheitsbild beteiligen. Andererseits spielt der Sympathikus hier (wie bei Basedowscher Krankheit) eine „ausschlaggebende“ Rolle, indem er sich zu Blutdrüsen und Gefässen wie ein nutritiver Nerv verhält, und eine Unterbrechung seiner Leitung, welcher Art sie auch sei, daher eine Ernährungsstörung in diesen Organen hervorruft und so den Weg für ibre sekundäre Infektion freimacht. Es kommt zu einer „degenerativen Entzündung“ derselben, wie wir sie nach Huismans in den Blutdrüsen und den kleinen Gefässen der Haut und Muskeln bei Sklerodermie beobachten. Letztere ist also nicht eine akute Neurose, wohl aber sicher eine Neurose, der Sympathikus der Weg zum Ausbruch der Krankheit. (E.)

Krysstalowin (35) untersuchte Hautausschnitte, entnommen von zwei Kranken, die mit Sklerodermie affiziert waren, und kam zum Schlusse, dass die Hautveränderung darin besteht, dass aus den Plasmazellen längs der Gefässe des subkutanen Gewebes zunächst Infiltrationen entstehen. Letztere verengen das Lumen der Gefässe oder rufen sogar teilweise Obliteration derselben hervor. Dieser Umstand führt zum Schwunde des Fettgewebes und zu fibröser Entartung des subkutanen Gewebes. Das leimbildende Gewebe reiht sich dabei in ziemlich schmalen, parallel verlaufenden, kompakten Bündeln an, denen jedoch das im normalen Zustande sichtbare faserige Aussehen fehlt. Gleichzeitig ändert sich das Färbevermögen des Gewebes.

Was die elastischen Fasern betrifft, so lagern sich dieselben wellenartig an, entlang den atrophisch verengten Bündeln des leimbildenden Gewebes, wobei sie aber die normale Färbungsfähigkeit bewahren. (M.)

32jährige verheiratete Frau aus d'Amatos (3) Praxis. Lokalisation der Erkrankung, besonders an der Haut der Beine, des Bauches und der Lendengegend. Vor allem die Veränderungen am Nabel entsprachen der unter dem Namen Morphaea alba bekannten Krankheitsform. Die histologische Untersuchung liess kleinzellige Infiltrationen um die Gefässe herum feststellen, Bindegewebsverdickungen, numerische und morphologische Abnahme der elastischen Fasern. (V.)

Der Fall Meyers (43) betraf einen 27jährigen Masseur mit linksseitiger Ischias, bei dem nach acht Tagen unter wesentlicher Verschlechterung des Befindens, Fiebererscheinungen (38,7°) usw., ein typischer Herpes eintrat. Behandlung mit Aspirin (das wegen der Magenstörungen weiterhin ausgesetzt wurde) und 10% Salizylsalbenverbänden. Am dritten Tage allgemeiner Nachlass der Beschwerden, kein Fieber mehr, leidlich gutes Allgemeinbefinden. Mit dem Abklingen des Ausschlages gleichzeitig auch Verschwinden der Ischiasbeschwerden. (E.)

An einem 30jährigen, früher angeblich stets gesunden Manne aus Kraus' Praxis (34) traten ohne Prodromalerscheinungen akut gruppenweise Bläschen mit wasserhellem, sich allmählich trübenden Inhalt auf, genau dem Verlauf der Nervenfasern des 2. und 3. Trigeminusastes entsprechend, mit deutlichen Drüsenschwellungen, angedeuteten trophoneurotischen Störungen der Mundschleimhaut (starke Rötung, jedoch ohne Bläschenbildung), ausgesprochenen, wenn auch mässigen, brennenden und ziehenden Schmerzen in den befallenen Partien. Am linken Kieferwinkel eine etwa markstückgrosse isolierte Eruption, ebenso an der rechten Ohrmuschel. Anflegen von gelber Borvaseline mehrmals täglich. Nach 10—14 Tagen Restitutio ad integrum mit allmählicher Rückbildung der Pigmentation. (E.)

Spitzer (63) erinnert an den von Neisser beschriebenen Fall eines Arztes, der sich bei einer Untersuchung einer Sklerose der Fingerbeere zugezogen hatte und in mehrmonatlichen Intervallen an der Ulnarseite des Zeigefingers Bläschen-Eruptionen bekam, die Neisser als „auf den Finger visierten Fall von Genitalherpes" bezeichnete. Der klinisch dem Neisserschen ähnliche Fall von Spitzer betraf einen 24jährigen schwächlichen Mann, bei dem ohne jede äussere Veranlassung eine Empfindlichkeit der Haut genau entsprechend dem linken M. radiobrachialis sich zeigt; das anfängliche Schmerzgefühl zieht sich am zweiten Tage bis in den Zeigefinger, erreicht als intensives Hitzegefühl an der Spitze des Fingers am dritten Tage seine Höhe; am vierten Tag tritt Rötung der Haut der Endphalanx (dorsal) und Bläscheneruption auf, worauf die Schmerzempfindung an der Fingerspitze sehr rasch verschwindet (am Unterarm erst nach drei bis vier Tagen). Objektiv war deutlich nachweisbare Hyperästhesie an den betroffenen Hautgebieten. Die Krankheit war vorher im Verlaufe von sechs Monaten zweimal aufgetreten. Patient selbst beobachtete den Verlauf innerhalb von sechs Monaten bereits das dritte Mal; die Abheilung erfolgte stets innerhalb einer Woche ganz typisch. (E.)

In Morrows (44) Arbeit wird über die erfolgreiche Anwendung von Äthylchlorid bei Herpes zoster eines 60jährigen Mannes berichtet, wo der Schmerz das hauptsächlichste Symptom bildete. Es erfolgte rasch Besserung, namentlich wurde fast unmittelbar der vorher fehlende Schlaf erzielt. Die Methode besteht in zeitweiser Applikation des Mittels auf die erkrankte Partie oder in Reibung mit demselben, die nach genügend langen Intervallen zu wiederholen ist. (W.)

Török (68) beschreibt fünf Fälle, bei welchen der Zoster an verschiedenen und sonst ungewöhnlichen Stellen, wie Hals, Rücken, Glutealgegend etc., rezidivierend — in einem Falle sogar drei Jahre hindurch 2—3 wöchentlich — auftrat. In einem Falle ist die Eruption nach Alkoholgenuss erschienen, in zwei Fällen nach sauren Speisen und Wurstwaren. Bezüglich der Pathogenese nimmt Török an, dass die Herpeseruptionen auf hämatogenem Wege durch im Blute kreisende toxische Stoffe verursacht werden. (K.)

Unschuld (74) rühmt die günstige Einwirkung bei dem Mal perforant der Diabetiker; er behandelte über ein Dutzend solcher Fälle und erreichte wiederholt vollständige Schliessung der Geschwüre, in einem Falle wenigstens Besserung. (E.)

Mosse (45) stellte aus der Senatorschen Universitäts-Poliklinik zwei Patientinnen mit Zirkulationsstörungen an den Händen vor, die zumal unter dem Einfluss der Kälte cyanotisch wurden. In dem einen Fall (48jährige Frau) bestand das Bild der Raynaudschen Krankheit, in dem zweiten (39jährige Frau) handelte es sich um Sklerodermie (Sklerodaktylia). Die Röntgenuntersuchung der Handknochen (Levy-Dorn) ergab einerseits atrophische Prozesse, besonders an den Endphalangen, andererseits auch Auflagerungen der Endphalangen fast aller Finger. Nervensystem und Schilddrüsen waren normal. — In beiden Fällen zeigte die Untersuchung des Blutes eine Verminderung des Erythrozytengehaltes der Finger während des cyanotischen Zustandes im Vergleich zu dem aus den Ohrläppchen entnommenen Kontrollblute. (E.)

52jährige Arbeiterfrau aus A. Wolffs Praxis (84) mit labyrinthartiger Fistelbildung der Bauchdecke, Lungenspitzenkatarrh, gebessertem tuberkulösen Blasenleiden, zeigt das ausgesprochene Bild der symmetrischen Gangrän; an sämtlichen Fingerspitzen ist die Haut mumifiziert. Die Röntgenbilder (Levy-Dorn) ergaben Einschmelzung der Fingerknochen an den Spitzen nur andeutungsweise, dagegen eine ziemlich weit ausgebreitete akute Knochenatrophie (lakunäre Form; einzelne Lücken im Knochengewebe — während in anderen Fällen lokaler Asphyxie der Knochenatrophie mehr diffus auftritt). — Wolff nimmt eine „Angiospasmus“ an und behandelte demzufolge mit Amylnitrit, Spir. aetheris nitrosi, neuerdings mit Erythol-Tetranitrol zu 0,03. (E.)

Der durch Vladár (77) beschriebene Fall von Raynaudscher Gangraena symmetrica ist aus dem Grunde interessant, weil er einiges Licht auf die Ätiologie des Leidens wirft. Die Patientin hatte jahrelang mit unter den Kopf geschobenen Händen geschlafen, und des Morgens waren die Finger immer blutleer und parästhetisch. — Die lokale Ischämie, welche das Leiden verursacht, muss nicht eben aus dem Zentral-Nervensystem hervorgehen, sie kann ihren Ursprung in lokalen Veränderungen haben. (K.)

Fall Dedurins (13) über die Krankheit von Raynaud (Asphyxie, symmetrische torpide Geschwüre der Finger der oberen und unteren Extremitäten) bei 31jährigem Bauer auf syphilitischem Boden. Spezifische Therapie gab schnelle Besserung. (S.)

Róna (54) zieht aus der Mitteilung von fünf Fällen der vielnamigen (mit Kaposis Herpes zoster gangraenosus hystericus identischen) Krankheitsform folgende Schlüsse:

1. Die von Kaposi aufgestellte Krankheitsform „Herpes zoster gangraenosus hystericus“ ist nicht aus der Gruppe der „spontanen multiplen neurotischen Gangrän“ auszuscheiden.

2. Die Läsionen dieser Hauterkrankung sind stets nur bei Hysterischen oder Simulanten zu beobachten und stellen nichts anderes dar, als artefakte Läsionen, hervorgerufen durch irgend ein Ätzmittel.

3. Bei Hysterischen sind diese Selbstbeschädigungen als Ausfluss des hysterischen Charakters aufzufassen.

4. Die von den Autoren angegebenen morphologischen und pathologisch-anatomischen Differenzen der Läsion sind von der Differenz der chemischen Substanz, deren Konzentration und Anwendungsdauer und der verschiedenen Irritabilität der verschiedenen Individuen abhängig. (E.)

Bei einer 23jährigen Jungfrau aus Baronios Praxis (6) mit ausgesprochener nervöser Belastung, erscheinen bei jeder Menstruation oberflächliche Geschwüre des Gesichts und zuweilen der Extremitäten, die ohne Spuren zu hinterlassen einige Tage nach der Menstruation verschwinden. Verf. nimmt an, dass es sich um eine hysterische Trophoneurose handelt. (V.)

Das angioneurotische Ödem wird nach Halsted (25) von vielen Autoren mit Urticaria verwechselt. In einem Bericht über 29 Fälle hat Osler bewiesen, dass einfaches Erythem, Erythema exsudativum, Erythema nodosum, gewisse Arten Purpura, Urticaria und angioneurotisches Ödem innig verwandt sind, und dass ein Patient, der eine Reihe von Jahren beobachtet wurde, allenfalls zu verschiedenen Malen mehrere Läsionen aufweisen konnte; jedoch gehörten diese alle zu den vasomotorischen Neurosen. („Die Erythema-Gruppe von Hautkrankheiten“.) Die Komplikationen dieser Hautzustände sind entweder angioneurotisch oder entzündlich. Zu den ersteren gehören die Schwellungen des Schlundes, Ödem der Glottis, Veränderung in der Bronchialschleimhaut (Asthma verursachend) und Kolik infolge von Ödem des Magen- und Darmkanals. Die entzündliche Gruppe schliesst ein: Endokarditis, Perikarditis, Pleuritis, Pneumonie und Nephritis.

Halsted berichtet zwei Fälle. Der erste, männlich, 24 Jahre alt, wachte plötzlich auf, und zwar mit Schwellung des Halses, die Schlucken und Sprechen erschwerte. Der Fall wies auf Peritonsillitis, aber die Untersuchung des Halses zeigte eine blassgelbe Schwellung des Schlundes, des Velums, der Uvula und des Pharynx, ohne Anzeichen von Entzündung. Temperatur und Urin normal. Darauf stellte sich ein heftiger Anfall von Atemnot ein, der beinahe Luftröhrenschnitt verlangte, und angioneurotische ödematöse Schwellungen an verschiedenen Körperteilen, die plötzlich auftraten und wieder verschwanden. Sie waren umschrieben, gaben dem Druck nicht nach, waren schmerzlos und ohne Merkmale von Entzündung. Beträchtliche Störung in den Eingeweiden und Darmhämorrhagien. Ausgesprochene Familiengeschichte mit Urticaria und anormaler Magenverdauung.

Der zweite Patient zeigte Ödem der Nasenmuscheln, nasale und pharyngeale Schwellungen, gelbe Schwellungen an Penis, Skrotum, Augenlidern, Füssen und Händen. Urin normal. Ein Bruder des Patienten litt an einer Hautaffektion und Darmkolik. Dieser starb plötzlich, wahrscheinlich an Gehirnödem.

Ein Fall von reiner Urticaria, der Pharynx, Larynx und Nase affizierte, wird gleichfalls berichtet. Hier litt der Patient an Dyspnoea und Dysphagia.

Das akute, umschriebene Anschwellen bei angioneurotischem Ödem, wie es in den Schleimhäuten der Atmungs- und gastro-intestinalen Gänge erscheint, ähnelt dem auf der Haut. Zweifelsohne werden viele Fälle, die die Nase befallen, als Heufieber diagnostiziert. Das Ödem bei angioneurotischem Ödem ist gewöhnlich vorübergehend. Trotzdem wurde ein offenbar echter hartnäckiger Fall, der die Oberkieferhöhle affizierte, von Bloodgood berichtet. Die Verwandtschaft der Krankheit mit Asthma ist häufig beobachtet worden. Die Affektion ist oft ernster Natur, so dass es wahrscheinlich ist, dass viele Fälle von unaufgeklärtem und plötzlichem Tod während der Nacht auf angio-neurotisches Ödem zurückzuführen sind.

Die Ätiologie ist nicht klar. Erblichkeit ist deutlich bewiesen in dem von Osler berichteten Falle, bei dem die Krankheit in fünf Generationen auftrat und 19 von den 39 Gliedern der Familie angio-neurotisches Ödem hatten; zwei darunter waren an Ödem der Glottis gestorben. Die Patienten haben ausnahmslos ausgesprochenes neurotisches Temperament.

Die Darmkolik ist offenbar auf Ödem der Schleimhaut zurückzuführen. Das Abdomen wurde in Fällen von angio-neurotischem Ödem auf Appendizitis geöffnet. Das Ödem kann im Gehirn, den Nieren und anderen Organen auftreten. Sehr interessant sind in diesem Zusammenhang die Hautläsionen, die nach Einspritzungen von Diphtherie-Antitoxin resultieren. Diese Ausbrüche gehören zur Erythemagruppe und sind, nach ihrer Häufigkeit angeordnet — Urticaria, Erythema, Purpura, angio-neurotisches Ödem. Die Glieder schwellen häufig an, und Anzeichen von akuten Anschwellungen in den Schleimhäuten der Atmungs- und Gastrointestinalwege sind vorhanden. Idiosynkratische Susceptibilität bildet ein ausgesprochenes Charakteristikum. Die Fälle, die am meisten die Aufmerksamkeit auf sich gezogen haben, sind die von plötzlichem Tode nach Antitoxineinspritzungen, und zwar bei Personen, die nicht Diphtheria hatten, sondern denen, weil sie der Krankheit ausgesetzt waren, prophylaktische Dosen gegeben worden waren. Die Geschichte des Patienten und seine Familie sollte auf erythematische Hautkrankheiten hin untersucht werden, ehe man eine prophylaktische Antitoxineineinspritzung gibt. (Ch.)

Ein 41jähriger Mann aus Douglas' (13a) Klientel klagte zum zweiten Male über plötzliche Anschwellung der Zunge. Zuerst dehnte sich die Schwellung von einem Rande der Zunge allmählich auf den anderen aus, indem sie auf der zuerst affizierten Seite zurückging, während sie auf der anderen Seite zunahm und gewöhnlich im Verlaufe von 12 Stunden verschwand. Ähnliche Erscheinungen traten auf dem rechten Arm, Gesicht, Scrotum etc. auf. In der Diskussion war man geneigt, den Fall als Riesen-Urticaria zu betrachten, die dem angioneurotischen Ödem nahe verwandt ist. (T.)

Eine Patientin Harringtons (26), ein Mädchen von 26 Jahren, wurde nach dem Krankenhaus gebracht wegen Symptome, die auf Gallensteine schliessen liessen. Sie hatte während 15 Jahren Anfälle von Schwellung an Händen und Füssen gehabt. Ihr Gesicht war nicht so häufig affiziert, aber es wurde von den Augen abwärts stark ödematös. Dann bot das Nahrungszusichnehmen Schwierigkeiten, jedoch fehlte Dyspnoea.

Der Schmerz im Abdomen war nicht sehr bestimmt, dehnte sich quer über die untere Hälfte des Abdomens aus, ohne nach Schulter oder Rücken auszustrahlen. Die Anfälle dauerten gewöhnlicb 24 Stunden und waren charakterisiert durch Schwindel, Erbrechen und Kopfweh. Patientin war unansgesetzt mit Gasanhäufung und Unbebagen nach den Mahlzeiten geplagt gewesen. Die Diagnose auf angio-neurotisches Ödem wurde gestellt nnd eine explorative Operation wurde während einer Krise gemacht. Eine ziemliche Menge klarer Flüssigkeit fand sich zwischen den Eingeweiden, die Pelvis füllend. Die Ränder der Eingeweide waren überfüllt mit Blut. Keine hämorrhagiscben Flächen zeigten sich an den Wänden derselben, aber an einer Stelle, nicbt weit von der Ileocökalklappe, fand sich eine zylindrische Erweiterung des Ilenms, $6^{1}/_{4}$ cm lang, und zwar in der Darmwand, deren Umfang dadurch im Vergleich zur gewöhnlichen Grösse verdoppelt wurde. Sie fühlte sich elastisch an, gab aber dem Druck nicbt nach. Keine Ausdebnnng oberhalb der Läsion. (Ch.).

Nichols (46a) scbildert die Vergiftung eines Knaben mit der gewöhnlichen Gartenpflanze Eupborbia marginata, Wolfsmilch. Der Anfall begann mit Fieber. Dann erschienen erbabene Flecken auf dem ganzen Körper unter Brennen und Jucken. Die Mundschleimbaut war gereizt nnd gerötet. Die Heftigkeit des Anfalles nahm in 24 Stunden zu, bis die Schwellung unerträglich wurde. Temperatnr 102°. Puls schnell und unregelmässig. (T.)

XXII.

Atrophien und Degenerationen. Ablagerungen unter die Haut.

Bearbeitet von **Fr. Luithlen**-Wien, mit Beiträgen von **K. Bodon**-Budapest und **Selenew**-Charkow.

Literatur:

1. Bandler, Viktor, Zur Histologie der Melanosis lenticularis progressiva. (Xeroderma pigmentosum). Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 76. S. 9.
2. Bunch, J. L., Striae patellares. Brit. Journ. of Dermatol. Jannar.
3. Dunin, Theodor, Chronische Eiterung an den Fingern mit Ablagerung von kohlensanrem Kalk. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Medizin n. Chirurgie. S. 451.
4. Ehrmann, Fall von Atrophia cutis (früher als Erythromolie demonstriert). Verhandl. der Wiener dormatol. Ges. 8. II.
5. Derselbe, Fall von Atrophia cutis idiopathica. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 15. III.
6. Francoz, P., Contribntion à l'étude du xeroderma pigmentosum. Thèse de Lyon.
7. Gellis, Fall von Atrophia cutis idiopathica (mit Diskussion von Nobl, Oppenheim, Ullmann, Ehrmann). Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 25. I.

8a. Krumbholz, Roderich, Über Ernährungsstörungen des Gehirns und der Haut nach Kohlenoxyd- bezw. Lenchtgas-Vergiftung (Encephalomalacie und Hautgangrän). Wiener med. Wochenschr. S. 1621.

8h. Kondisch, W. M., Xeroderma pigmentosum Kaposi (s. carcinomatose épithéliale). Russisches Journal der Haut- und venerischen Krankheiten. T. X. Aug.
9. Lewandowsky, Felix, Über subkutane und periartikuläre Verkalkungen. Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. u. f. klin. Mediz. Bd. 181. S. 179.
10. Löwy, Karl, Zur Kenntnis der entzündlichen Atrophie des subkutanen Fettgewebes mit Bemerkungen zur Arbeit des Dr. Tokujiro Suzuki (Bd. 75. S. 335). Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 76. S. 403.
11. Mendes da Costa, S., Sur l'atrophie et l'épithéliome de la peau consécutifs à l'application des rayons X. Rev. prat. des mal. cut., syph. et vén. S. 224.
12. Neumann, Fall von idiopathischer Hautatrophie. Ges. der Ärzte in Wien. 31 III.
13. Oppenheim, Fall von Atrophia cutis idiopathica. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 7. VI.
14. Derselbe, Fall von Atrophia maculosa cutis (Jadassohn). Verhandl. der Wiener dermat. Ges. 15. III. (Diskuss.: Grosz u. 29. III. (Diskuss.: Ehrmann, Neumann, Weidenfeld, Finger.)
15a. Riehl, 2 Fälle von Hautatrophie, der erste zur idiopathischen gehörig, der zweite nach Sklerodermie entstanden. Ges. der Ärzte in Wien. 7. IV.
15b. Róna, Samuel, A bör vérereinak öröklöte (familiaris) szakadékonysága consecutiv bőratrophiával (Hereditäre (familiäre) Brüchigkeit der Hautgefässe mit konsekutiver Hautatrophie.) Demonstriert in der Dermatologischen und urologischen Sektion des kgl. ungar Ärztevereines. Orvosi Hetilap. S. 186.
16. Scherber, Knabe mit Xeroderma pigmentosum. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 24. V. (Diskuss.: Mraček, Ehrmann.)
17. Silberstein, Leo, Ein Fall von „Striae" nach Scharlach. Münch. medizin. Wochenschr. S. 2185.
18. Tauber, 2 Männer mit Striae in der Kniegegend nach Typhus. Ges. der Ärzte in Wien. 31. III.
19. Vignolo-Lutati, Carlo, Die glatte Muskulatur in den senilen und präsenilen Atrophien der Haut. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 74 S 213.
20. Waldvogel, Vergiftung mit Isosafrol. Münch. med. Wochenschr. S. 206.
21. Zieler, Die Pathogenese der sogenannten Striae atrophicae. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. in Bonn. 15. V.
22. Zieler, Karl, Zur Pathogenese der Dehnungsstreifen der Haut (Striae cutis distensae). Münch. med. Wochenschr. S. 1764.
23. Zumbusch, 2 Fälle von Xeroderma pigmentosum. Ges. der Ärzte in Wien. 26. V. (Diskuss.: Königstein.)

Zieler (22) untersuchte in zwei Fällen, 20jährige Studenten, frisch entstandene Striae von bläulich-bräunlichroter Verfärbung.

Die Befunde sind ausser der Genauigkeit dadurch interessant, dass hier scheinbar die erste histologische Untersuchung frischer Striae vorliegt. Bei einer erst seit zwei Wochen bestehenden Stria war folgender Befund: Epithel unverändert, Papillen flach, fast verstrichen, Papillarschicht weist nur leichte seröse Durchtränkung auf. Die leimgebenden Fasern parallel zur Oberfläche, senkrecht zur Richtung der Stria geordnet. Das elastische Gewebe zeigt in den oberen Schichten, Papillarkörper, im wesentlichen nur eine Streckung; die Hauptveränderungen finden sich im eigentlichen Cutisgewebe: elastische Fasern fehlen oder sind nur in Resten vorhanden, am Rande der Stria sind sie aufgerollt, zusammengeschnürt, was nur durch Reissen und Zurückschnellen der Fasern zu erklären ist. Keine Veränderungen der Subcutis. — Gefässe der Papillarkörper blutreich, gezogen, von zelliger Infiltration als Zeichen der Reizwirkung umgeben; im Stratum reticulare Gefässe normal. — Nirgends Blutungen, — bei der seit einigen Monaten bestehenden Stria ist die Epidermis verdünnt, Papillen abgeflacht oder verstrichen, elastische Fasern des Papillarkörpers vermehrt. Im Stratum reticulare findet man ausser den Resten alter zerrissener Fasern (Aufrollung an der Grenze) zahlreiche feine junge Fasern. Gefässe in allen Schichten normal. Anschliessend an diesen Fall teilt Autor noch den Befund einer alten Stria

mit, der zusammengehalten mit den ersten zwei Fällen noch deutlicher die Regeneration des elastischen Gewebes zeigt. — Es handelt sich bei der Striabildung um eine Umordnung der Gewebselemente mit Reissen der elastischen Fasern der Cutis ohne entzündliche Vorgänge, wobei sehr frühzeitig, vielleicht schon gleichzeitig mit der Entstehung der Stria, es zur Neubildung von elastischen Fasern kommt. — Da jede Spur eines zur Atrophie führenden Prozesses fehlt, sollte man nicht von Striae atrophicae sprechen, sondern dieselben als Striae cutis distensae (Köbner), Dehnungsstreifen der Haut (Kaltenbach) bezeichnen. (L.)

Wegen Zieler (21) siehe Referat über ausführliche Arbeit in der Münchener medizinischen Wochenschrift. (L.)

Silberstein (17) berichtet über einen Fall von „Striae", besser gesagt Dehnungsstreifen, in der sechsten Woche eines abgeheilten Scharlach bei 13jährigem Mädchen, das wegen orthotischer Albuminurie im Bette liegen bleiben musste und dabei ausserordentlich rasch an Gewicht und Volumen zunahm. Die Striae fanden sich an den Nates, benachbarten Teilen des Oberschenkels, Knie und Mammas. Auch nach ½ Jahre waren dieselben bei dem noch immer bettlägerigen Mädchen vorhanden, wenn auch abgeblasst. Dieselben sind nach dem Autor durch zu schnelles Wachstum der unter der Haut liegenden Teile mit folgender Überdehnung der Haut entstanden, wobei an den Gelenken die Bewegungen mitgewirkt haben mögen. Dieselben entstanden ohne jede subjektive Beschwerde. — Der Autor hat mit dieser einfachen Erklärung der Entstehungsweise der „Striae" sicher recht, dieselbe ist näher liegend als die sonst oft gesuchten komplizierten Erklärungen. (L.)

Während im ersten Falle Tanhers (18) bei einem 50jährigen Manne die Entstehung der alten Striae nur durch anamnestische Angaben auf einem im 18. Lebensjahre durchgemachten Typhus zurückgeführt wurde, entwickelte sich die Affektion bei dem zweiten Falle während der Beobachtung.

Bei dem 18jährigen Patienten entstanden im Verlaufe eines schweren, durch Abszesse, Pneumonie, Otitis media komplizierten Typhus zur Zeit der Entfieberung an der Aussenseite beider Oberschenkel, oberhalb beider Knie, horizontal verlaufende, rötlichviolette, rechtwinklig zu ihrem Längsdurchmesser zart gefaltete glänzende Striae in mehreren untereinander fast parallelen Reihen auf. Sie traten auf als der sehr kachektische Kranke die Beine im Kniegelenk gebeugt zu halten begann, blassen jetzt nach der Ausheilung bereits ab. Der Autor betont, dass dieselben in beiden Fällen in jugendlichem Alter entstanden, ein Zeichen in der Jugend durchgemachter schwerer Erkrankung und wenn auch nicht spezifisch für den Typhus, so doch den zuerst von Rokitansky beschriebenen Muskelrissen bei dieser Krankheit in Analogie zu stellen sind. Referent kann sich der Ansicht nicht verschliessen, dass die Striae auf mechanische Weise entstanden, mit der Infektionskrankheit in keinem ätiologischen Zusammenhange stehen. (L.)

Dunin (3) beschreibt zwei Fälle von Kalkablagerung in der Haut der Finger; im ersten Falle, eine 57jährige Frau betreffend, bildeten sich seit 12 Jahren unter Stechen in den Fingern kleine weisse Flecken; zur Zeit der Untersuchung war die Haut der Finger brettbart; unter der Haut gelbe Stellen, Knötchen. Diese Knötchen lösten sich bei Erweichung der Haut (z. B. im Bade) aus der Haut als kleine Körnchen heraus; bei Anstechen der Knötchen entleerte sich ein Tröpfchen Eiter, der zahlreiche Kristalle enthielt. In einem zweiten Falle, 40jährige Frau

bestanden ebenfalls an den Fingern kleine gelbe Verhärtungen, die mit intakter Epidermis überzogen waren. Zeitweise platzte dieselbe nnd es löste sich ein Steinchen aus. Dunin überzeugte sich durch chemische Untersuchung in beiden Fällen, dass es sich nicht nm gichtische Ablagerung, wie er zuerst vermntet hatte, sondern um Ablagerungen von kohlensanrem Kalk handle. Dnnin ist der Ansicht, dass die Kalksalze sich primär in den Geweben ablagern, die Entzündnng das Sekundäre sei.

Seine Fälle sind identisch mit den ven Wildbolz und Lewandowsky publizierten; siehe das Referat über des letzteren Arbeit: Über subkutane und periartiknläre Verkalkungen. (L.)

Lewandowsky (9) teilt einen jener seltenen Fälle von Kalkeinlagerung in die Haut mit, jener Krankheit, bei welcher, zuerst meist unbemerkt, an irgend einer Stelle ein hartes Knötchen entsteht, dem in verschieden langen Zeitränmen nene Knötchen folgen. Dieselben wechsen mit der Zeit, es kommt zu derhen fibrösen Knoten mit festen Kalkkonkrementen unter normaler Haut oder die Haut rötet sich, es entsteht ein kalter Abszess mit breiig-kalkigem Inhalte, ein Geschwür, das schliesslich unter Narbenbildung heilt. Prädilektionsstellen die Extremitäten, besonders in der Nähe der grossen Gelenke.

In dem mitgeteilten Falle, 57jährige Frau, bestand seit fünf Jahren Schwellung der Finger während der kalten Jahreszeit; seit zwei Jahren traten Knoten in der Haut auf, die zuerst keine Belästigung verursachten. Zur Zeit der Beobachtung waren die Finger geschwollen, bläulich, kalt, an den Spitzen kleine schwarzverfärbte Stellen. An den Armen mehrere bis haselnussgrosse Knoten; das Schultergelenk schwer beweglich; radiographisch ist zu konstatieren, dass die ganze Gelenkgegend mit den Einlagerungen übersät ist. Sonst nur Einlagerungen an den Füssen.

Die anatomische und chemische Untersuchung stellte fest, dass es sich um Einlagerungen von Kalk in einem derben fibrösen Gewehe teils in cystischen Hohlräumen, teils kristallinisch versprengt handle. Dabei Befunde wie bei allen Fremdkörpern. Epidermis, Cntis und ihre Anhangsgebilde normal. Ob die Ablagerung in einem gesunden Gewebe beginne oder erst in einem regressiv veränderten stattfinde, konnte nicht entschieden werden. Ätiologisch ist die Krankheit ungeklärt, parasitäre Theorie wird dnrch nichts gestützt, eher wäre Stoffwechselanomalie, eine Störung des Kalkstoffwechsels anznnehmen; dafür spräche auch die Ähnlichkeit mit den Gichttophis. Die Arbeit enthält auch Besprechung der hisher in der Literatur vorhandenen analogen nnd ähnlichen Fälle. (L.)

Krumbholz (8) berichtet über zwei Fälle, in welchen Intoxikation mit Lenchtgas- hezw. Kohlenoxyd Gangrän der Haut stattfand.

Bei der Leuchtgasvergiftung traten am fünften Tage Verfärbungen der Haut ein, die in einigen Tagen gangränös wurden.

Im Falle der Kohlenoxydvergiftung traten Hämorrhagien der Hant an Stamm und Extremitäten auf, die durch blasige Abhebung der Epidermis zu Geschwüren mit Gangrän wnrden. Die Hautbefunde in Kombination mit dem internen Befunde sprechen dafür, dass die Vergiftung durch Schädigung der Gefässwand oder herahgesetzte Zirkulation gewisser Gefässgebiete, offenbar durch Thrombosierung, lokalisierte Ernährungsstörungen zustande kommen. (L.)

(20) Ein 56 jähriger Schlosser erlitt durch Verbrühung mit kochendem Isosafrol Brandwunden zweiten Grades in geringer Ausdehnung im Gesicht, Hals und Händen. Als derselbe fünf Tage später in dem mit Dämpfen von Isosafrol geschwängertem Raum wieder arbeiten wollte, schwollen ihm Gesicht und Hände an. Es trat ein urticariaartiges Exanthem auf, welches zwar bald schwand, aber von einem Ekzem gefolgt war. In den folgenden vier Wochen traten an den Extremitäten knotenartige Erweiterungen der Venen, Stauungserscheinungen an den Venenlappen auf. Sowohl an diesen Stellen, als auch an anderen trat Rötung, Epithelabschilferung und Geschwürsbildung auf. Dabei bestand heftiges Jucken, das sich in Anfällen verschlimmerte, wobei jedesmal die Venenknoten stärker und in grösserer Zahl hervortraten. Auch nach Heilung der Hautdefekte tritt bei geringen Anlässen, z. B. Wärmeeinwirkung, starkes Jucken auf. Die Venenveränderungen blieben dauernd bestehen. Zugleich entwickelte sich ein neurasthenischer Zustand.

Auf Grund der Tier- und Menschenversuche ist der Fall als Isosafrolvergiftung aufzufassen, indem dieses sowohl von Substanzverlusten der Haut resorbiert als besonders eingeatmet ausser Herabsetzung des Blutdruckes dauernde Veneneiterungen bedingt; die Hauterscheinungen sind als Einatmungsstörungen infolge der Gefässveränderung und Blutstauung aufzufassen; auch das Jucken findet hierin seine Erklärung.

Die Disposition scheint in diesem Falle darin zu liegen, dass der Patient zu Venenstauungen infolge seines Herzens, Dilatation des rechten Ventrikels, Arteriosklerose bei Emphysem und Bronchitis besondere Bedingungen aufwies. Auch die nervösen Erscheinungen sind nicht nur durch die Hautveränderungen, sondern auch direkt durch den schädigenden Einfluss des Isosafrols auf das Nervensystem zu erklären. (L.)

Die Arbeit Löwys (10) bezieht sich im wesentlichen auf die von Suzuki beschriebenen Veränderungen im subkutanen Fettgewebe nach Injektion eines schwefelhaltigen Jodöles. Suzuki fand starke Reizerscheinungen im Gewebe; durch die mechanische Wirkung der eingespritzten Masse bildeten sich in den Gewebspalten Hohlräume. Um die Fetttropfen bildeten sich Leukozyten und Abkömmlinge fixer Gewebszellen, ebenso Riesenzellen. Die zellige Wucherung zerlegt die Fetttropfen, wobei eine Aufnahme von Fetttröpfchen in die Zellen stattfindet; stellenweise Wucherungsherde, welche miliären Gummen oder Tuberkeln sehr ähnlich sind.

Diese Befunde, welche Suzuki durch Entzündung, mechanische Einwirkung des Jodöles zurückführte, erklärt Löwy für identisch mit der zuerst von Pfeifer, Rothmann, später Kraus beschriebenen entzündlichen Atrophie des Fettgewebes. Die Hohlräume entsprechen den bei dieser Veränderung vorkommenden Hohlräumen, die Zellen sind meist kein Granulationsgewebe, sondern aus den Fettzellen durch endogene Zellbildung entstanden; ebenso spricht der Inhalt von Fetttröpfchen in den Zellen für diesen Ursprung. Auch die Wucherungsherde entsprechen der entzündlichen Atrophie des Fettgewebes. — Es handelt sich nach Ansicht Löwys in Suzukis Fall nicht um eine von diesem Autor angenommene mechanisch-entzündliche Einwirkung, sondern eine durch chemische Wirkung bedingte Wucher-Atrophie des Fettgewebes. (L.)

Die Arbeit Wignolo-Lutatis (19) beschäftigt sich mit den bisher weniger berichteten Veränderungen der glatten Muskulatur bei der Atrophie der Haut. Die glatte Muskulatur nimmt an allen senilen und

präsenilen kachektischen Zuständen der Haut teil. Die auf den ersten Blick scheinbare Hypertrophie der glatten Musknlatur in der senilen Haut ist einerseits bedingt durch die Atrophie der Bindegewebselemente, andererseits dnrch die Vorgänge in den glatten Mnskelfasern selbst. Dieselhen zeigen Degenerationsvorgänge verschiedener Art. Die Muskelbündel sind oft getrennt, liegen isoliert im Bindegewebe, sind oft dünner als im normalen Zustande, hlasser in der Färhung, andere sind wie aufgeblasen, zeigen Kerndegenerationen. Man findet grannlöse Trühung und hyaline Degeneration der Fasern.

Der Autor beschreiht weiter eine nocb nicbt heschriehene Kerndeformität: Zahlreiche Kerne sind spiralförmig einmal, seltener zweimal gedrebt und weisen Chromatolysis auf. Dass es sicb tatsächlicb um eine eigenartige Kerndegeneration handle, stützt Autor durch zahlreiche Gründe.

Zusammenfassend betont der Autor, dass die glatte Muskulatur an allen regressiven Prozessen der Hant seniler nnd präseniler Art teilnehme; diese Tatsache im Vereine mit den Veränderungen des elastischen Gewebes erklärt den Verlust der Elastizität der Haut sowie das Fehlen des Auftretens der sog. „Gänsehaut", welcbe auf einer Kontraktion der glatten Muskulatur beruht. (L.)

Die Haut des vor 2 Jahren nnter dem Bilde der Erythromelie vorgestellten Patienten ist, wie Ehrmann (4) zeigt, jetzt am Ober- und Unterschenkel z. T. braunrot, z. T. bellrot und atrophisch, an letzteren Stellen papierdünn, leicht abhehbar; Unterhantgewebe vollständig geschwunden. Letztes Stadinm dieses Prozesses, der als Perilymphangoitis beginnend, zur Atropbie führt. (L.)

Gellis (7) stellt eine 26jährige Patientin mit Atropbia cutis idiopatbica vor; Beginn vor 6—7 Jahren.

Einerseits diffnse blanrote Verfärbung nnd zigarettenpapierartige Verdünnung der Haut der rechten Hand von der Handwnrzel his zum ersten Interpbalangealgelenk, andererseits umschriehene Flecke am Unterarm, an denen die Haut hläulich verfärht, leicbt gerunzelt, bei der Palpation greift der Finger wie in eine Linke; so erinnert dieser Fall an die Anatodermia Jadassobn und erweise die Identität der diffus und fleckweise anftretenden Atropbie als einheitlicbes Krankheitsbild.

In der folgenden Diskussion weist Nohl daranf hin, dass die scharf ahgegrenzte Form dnrch die Alteration der kegelmantelförmig gegen die Epidermis sicb ansbreitenden tiefen Gefässe bedingt sei. Oppenheim erinnert an einen von ihm heschriehenen Fall und betont, dass die Anatodermia Jadassobn ein anderes Bild biete als der demonstrierte Fall, was Ullmann bestreitet. Ebrmann unterscheidet an dem demonstrierten Falle zwei Formen, die Atrophia cntis idiopathica Kaposi und eine maknlöse Form entsprechend der Atropbia maculosa. Bezüglicb der Form führt Ebrmann dieselbe auf Perilympbangioditien zurück, wie auch der Schwund des elastischen Gewebes zuerst an den die Lymphgefässe umgebenden Gefässen einstelle. Möglicherweise handle es sich um bakterielle Infektion; bestebe doch der Prozess besonders bei Leuten, die schwer arheiten, sich leicht verletzen. Ebrmann hetont, dass alle diese Fälle ein und denselben Prozess darstellen. (L.)

(14) Die Affektion besteht hei der 18jährigen, sonst gesunden Patientin seit einem Jahre ohne Schmerzen nnd Sensihilitätsstörungen. Besonders wichtig und interessant ist, dass Entstehnng nnd Verlauf der

Affektion beobachtet wurden. Die Erkrankung ist am Thorax, Bauch und Oberschenkel lokalisiert. Zuerst entstehen hirsekorn- bis linsengrosse, bläulich rote, scharf konturierte rundliche oder polygonale Flecke, an denen die Haut eigentümlich schimmert. Diese Flecken wandeln sich in der Art um, dass das Zentrum derselben atrophisch, die Haut weiss, leicht gefaltet, verdünnt wird, während die Peripherie unverändert bleibt, so dass Scheiben mit rotem Hof und atrophischem Zentrum entstehen, rote Ringe, die atrophische, reine Haut einschliessen. Diese Ringe erreichen Kreuzergrösse. An einzelnen Stellen, besonders Axillar- und Genitokruralfurchen stülpen sich die atrophischen Hautpartien vor, die Haut ist dabei weiss und gefältelt; an allen atrophischen Partien greift der Finger wie in eine Lücke, fühlen sich lochförmig an.

Die histologische Untersuchung eines lividroten Fleckes ergibt: Epidermis normal; Relief der Haut etwas weniger ausgeprägt, ebenso Papillenbildung; Zellinfiltration mit Rundzellen hauptsächlich an der Peripherie des roten Fleckes, weniger in diesem selbst. Die Hauptveränderung weist das elastische Gewebe auf; im Bereiche des roten Fleckes fehlen die elastischen Fasern; an der Peripherie findet man elastische Fasern zuerst wieder im Stratum papillare, dann Stratum subpapillare, zuletzt im Stratum reticulare; wo die Fasern noch vorhanden, sind die Zellinfiltrate reichlicher; es scheint nach dem Schwunde der Fasern bald zur Aufsaugung der Infiltrate zu kommen.

Die atrophische weisse gefaltelte Partie zeigt in der Epidermis dieselben Verhältnisse wie bei der erythematösen Stelle, dabei fehlen die Papillen. Bindegewebsfasern des Stratum reticulare lockerer, dicker, wie abgeschnitten. Elastische Fasern sehr vermindert. Das Fettgewebe, das degenerierende Bindegewebe ersetzend, ersetzt dasselbe durch Wucherung und reicht stellenweise mit seinen Inseln bis zum Stratum subpapillare.

So kommt es infolge des Zugrundegehens der elastischen Fasern zur vikariierenden Hypertrophie des Fettgewebes, welche, wie Ehrmann in der Diskussion betont, die Vorwölbung, die Bildung der Fetthernien, erklärt.

Ausser dem interessanten histologischen Befund, dessen Ähnlichkeit mit Atrophia cutis idiopathica betont wurde, wird die Eigenartigkeit des klinischen Bildes hervorgehoben, welches Neumann direkt als Unikum erklärt.

Dasselbe erinnert, wie Finger hervorhebt, jedenfalls durch die Variabilität im Anfangsstadium an einzelne Morphaeafälle amerikanischer Autoren, wenn auch im Ausgange bei diesen Fällen statt Atrophie und Fältelung ein straffes Gefüge der Haut resultieren, also eine wesentliche Differenz bestehen würde. Dass aber manche Fälle von Morphaea-Sklerodermie Atrophia im zweiten Stadium gewesen sind, ist auch nach Ehrmanns Ansicht sicher. So ergibt dieser Fall nicht nur interessante klinische und histologische Befunde, sondern weist auch auf andere Krankheitsbilder aufklärend hin. (L.)

Neumann (12) stellt 54jährigen Patienten mit idiopathischer Hautatrophie, Krankheitsdauer 25 Jahre, vor. Die Haut, besonders am Stamme, zeigt mehrere flachhandgrosse, lividrote Stellen mit glänzender, zigarettenpapierdünner, gefalteter Epidermis. An einzelnen Hautpartien, so der Bauchwand, ist die Haut pigmentiert, dazwischen einzelne eingesunkene weisse Partien; an den Unterschenkeln Haut mehr dunkelbraun. Keine Sensibilitätsstörungen. Neumann erklärt die Affektion

histologisch für einen chronisch entzündlichen, sich besonders in den oberen Cutislagen abspielenden Prozess, der zur Atrophie führt: die Affektion stehe dem Erythema paralyticum sehr nahe, scheine aus demselben hervorzugehen und unterscheidet sich wesentlich von der senilen Atrophie. (L.)

Der erste von Riehl (15) vorgestellte Fall von idiopathischer Hautatrophie weist alle Stadien der Erkrankung auf; besonders interessant an den Fällen ist, dass das atrophische Stadium sowohl der Hautatrophie als der atrophischen Sklerodermie sehr ähnlich sind, während sonst die Atrophie nach Sklerodermie zu einer Schrumpfung, event. Fixierung der Konsistenzvermehrung der Haut führt; dies beruht darauf, dass es sich um eine oberflächliche Form, ein sog. Kartenblatt ähnliche Sklerodermie bandelte. (L.)

Bandlers (1) Arbeit enthält die histologische Untersuchung eines Falles, den Pick vor 20 Jahren klinisch beobachtet und beschrieben. stellt eine Ergänzung dieser Arbeit dar.

Von dem 24jährigen Patienten wurde ein Stück pigmentierter Rückenhaut mit linsengrossem Tumor, sowie ein Stück einer weichen Geschwulstmasse, die aus dem linken Nasenloch hervorwucherte, untersucht.

An der Rückenhaut wurde Verschmälerung der Epidermis, im Gegensatz zu Beck nur geringe Hyperkeratose gefunden; Epithelprotoplasma weist vakuolisierende Degeneration auf, in den Basalzellen Pigmenteinlagerungen besonders am distalen, der Cutis abgewandten Pol der Zelle („Pigmentkappen“ nach Ehrmann). Kein Zusammenhang der vakuolisierenden Degeneration der Epithelzellen mit Pigmentation, widersprechend Löwenbach, der dieselbe auf Pigmentdegeneration bezog. Pigment stets intrazellulär.

Pigment auch in Papillen, Körper und Cutis, wobei die Pigmentzellen nicht den Gefässen anlagern. Corium zeigt der Epidermis konforme Veränderungen, zeichnet sich ausser durch die Pigmentation durch den Reichtum an Gefässen und leukozytäre Infiltration aus. Keine senile Degeneration der elastischen Gewebe wie bei Löwenbach nachweisbar; Talgdrüsen entgegen Lukasiewicz und Staffels Befunden normal.

Prozess also im wesentlichen in Epidermis und oberem Corium. Der erste Tumor stellt ein Epithelialkankroid dar, der aus dem Nasenloche hervorwuchernde Tumor erwies sich als medulläres Karzinom. (L.)

In Russland ist nur ein Fall von Xeroderma pigmentosum Kaposi aus der Charkower Selenewschen Klinik von Poltawzef beschrieben; ein anderer Fall aus Stukowenkofs Klinik war nicht publiziert. Koudisch (8b) teilt einen Fall aus Wasilkof (bei Kiew) mit. Bei 18jährigem Hebräer, Maler, entwickelten sich Flecke, als er 2 Jahre alt war; Geschwulst an der Oberlippe vor 9 Monaten und an der Conjunctiva bulbi dextri vor 3 Monaten. Interessant ist die Anamnesis; acht Kinder sind verstorben; der eine litt an derselben Krankheit und wurde fünfmal wegen Krebses der Wange, der Lippe und des Halses operiert; zwei Kinder leiden am Schielen; eine Tochter hat Sommersprossen und der Enkel — Krummfüssigkeit. (S.)

Zumbusch (23) stellt zwei typische Fälle von Xeroderma pigmentosum vor, ein 3½ Jahre altes Mädchen (Krankheitsdauer 2 Jahre), einen 20jährigen Mann (Krankheitsdauer 12 Jahre). Bei beiden Fällen keine familiäre Disposition. (L.)

26jähriger Schneider aus Rónas Beobachtung (15b) mit ausgedehnten Hautatrophien, namentlich an solchen Körperstellen, die Stössen und Reibungen häufig ausgesetzt sind. (B.)

Bei einem 3½jährigen Patienten Scherbers (16) mit typischen, seit dem ersten Lebensjahre bestehenden Xeroderma pigmentosum wurden mehrere klinisch wichtige Befunde erhoben.

Die abnorme Lichtempfindlichkeit der Haut wurde durch folgenden Versuch erwiesen: Bestrahlung normaler Rückenhaut durch 10 Minuten mit Finsen ergab schon am nächsten Tage Rötung, am zweiten Tage Blasenbildung, um welche sich ringförmige Pigmentation entwickelt. Dieselbe erhöhte Lichtempfindlichkeit zeigt der neun Monate alte Bruder des Knaben, indem bei diesem nach der ersten Sonnenbestrahlung ein intensives diffuses Erythem auftrat, innerhalb dieser sofort Pigmentation in Form kleiner Epheliden auftritt. Dabei weist schliesslich die dunkelblonde Mutter an Gesicht und Händen diffuse Pigmentation, an der Grenze derselben einzelne Vitiligoflecke auf. So wird durch diese Fälle die abnorme Lichtempfindlichkeit auf Grund familiärer Disposition erwiesen, welchen Befund auch Mraček in einem Falle erheben konnte. (L.)

XXIII.

Hauttuberkulose, einschliesslich Lupus erythematodes.

Bearbeitet von **Jesionek**-Giessen, mit Beiträgen von **Bernhardt**-Warschau (im Auftrage von **v. Watraszewski**-Warschau), **Béron**-Sophia, **Kanitz**-Klausenburg (im Auftrage von **v. Marschalkó**-Klausenburg), **Müllern-Aspegren**-Stockholm, **Rasch**-Kopenhagen, **Rusch**-Innsbruck, **Scholtz**-Königsberg, **Selenew**-Charkow, **Toeplitz**-New York, **Török**-Budapest, **Verrotti**-Neapel (im Auftrage von **De Amicis**-Neapel) und **Vörner**-Leipzig.

Literatur:

1. Allen, C. W., Fall von Lupus des Ohrläppchens. Journ. of cutan. dis. Febr. S. 89.

1a. Andry, Behandlung des Lupus in der Universitätsklinik zu Toulouse. Internat. Tuberkulosekongress.

2. Babeau, Joseph, Les érythèmes chez les tuberculeux. Thèse de Montpellier.

3. Barabás, Joseph, Beiträge zur Statistik des Lupus vulgaris. Orvosok lapja Nr. 41.

4. Berger, W. M., Ein Fall von Tuberculosis verrucosa. Aus der Selenewschen Klinik. Russisches Journal der Haut- und venerischen Krankheiten. T. X. December.

5. Bergonié, Die Wirkung sehr schwacher Röntgenstrahlen in der Therapie des Lupus. Internat. Tuberkulosekongr.

6. Bernheim, S., Tuberkulose in den Wäschereien. Internat. Tuberkulosekongress.

7. Béron, B., Varwitschno zabolerane na nosnata ligara zipa. (Primäre lupöse Erkrankung der Nasenschleimhaut.) Protokoli na Kolegiata pri Alexandr. Bolnitza.

8. Bettmann, Fall von Lupus vulgaris mit ungewöhnlicher Schwere und Ausdehnung. Naturhistor.-med. Verein Heidelberg. 16. V.
9. Beurmann und Degrais, Paul, Behandlung des Lupus mittelst des Finsenapparates im Hospital St. Louis. Internat. Tuberkulosekongr.
10. Billet, Behandlung des Lupus mit einer Löeung von Phenolum anhydricum in absolutem Alkohol. Internat. Tuberknloeekongress.
11. Bornemann, W., Über Besonderheiten beim Lupus erythematosus. Dermatol. Zeitschr. S. 349.
12. Borzecki, O leczeniu tocznia. (Über die Behandlung des Lupus vulgaris.) Przeglad lekarski Nr. 33. S. 536.
13. Brandweiner, Fall von Lupus vulgaris disseminatus im Gesicht. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 24. V. (Diskuss.: Mraček.)
14. Brocq, Gedanken über die gegenwärtige Behandlung des Lupus vulgaris. Internat. Tuberkulosekongress.
15. Bureau, G., Lupus ulcéreux serpigineux du membre supérieur gauche, ayant déterminé une déformation considérable de la main avec fusion des quatre derniers doigts. Gaz. méd. de Nantes, 29. Juli. Jonrn. dee mal. cnt. et syphil. S. 827.
16. Butte, L., Behandlung des Lupus mit übermangansaurem Kali. Internat. Tuberkulosekongress.
17. Calvé, Kombination von Skarifikationen und Kauterisationen mit Chlorzinkapplikation in der Lupusbehandlung. Internat. Tuberkulosekongress.
18. Cipolla, Valore della sieroreazione di Grüber nel lupus. Giorn. intern. delle sc. mediche. Fasc. 2. S. 65.
19. Delbanco, Ausgedehnter Lupus erythematodes des Gesichts und der Ohren, welcher nach Exstirpation zahlreicher Skrofulome am Halse spontan heilte. Ärztl. Verein in Hamburg. 31. X.
20. Derselbe, Fall von Acne tuberculosa seu Lupus follicularis disseminatus Ärztl. Verein in Hamburg. 31. X.
21. Derselbe, Fall von Lupus erythematodes. Ärztl. Verein in Hamburg. 21. II.
22. Delbanco, Ernst, Zur Zungentuberkulose der Papageien. Dermatol. Zeitschrift. S. 222.
23. Doutrelepont, J., Histologische Untersuchungen über die Einwirkung der Finsenbestrahlung bei Lupus. Deutsche med. Wochenschr. S. 1260.
24. Doutrelepont, Histologische Veränderungen bei einem Falle von exulzeriertem Skrofuloderma der Wange. Niederrhein. Ges. f. Natur- und Heilk. in Bonn. 20. II.
25. Drenw, Über die Behandlung des Lupus mit Acid. hydrochlor. crud. durch den praktischen Arzt. Ärztl. Verein in Hamburg. 7. III.
26. v. Düring, Fall von Hauttuberkulose an der Hand eines Fleischers. Physiol. Verein in Kiel. 22. V.
27. Ebrmann, Drei Fälle einer eigentümlichen Hauttuberkulose. Ges. der Ärzte in Wien. 24. XI. (Diskuss.: Lang.)
28. Derselbe, Fall von Lichen scrophulosorum. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 10. V.
29. Derselbe, Fall von Lichen scrophulosorum (mit Diskussion von Finger). Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 25. I.
30. Derselbe, Fall von Lichen scrophulosorum mit Vitiligo ähnlichem Pigmentschwund (mit Diskussion von Neumann). Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 8. II.
31. Derselbe, Fall von Lupus erythematodes. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 10. V.
32. Derselbe, Fall von Lupus erythematodes. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 24. V.
33. Derselbe, Fall von Lupus pernio. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 24. V.
34. Derselbe, Fall von Lupus vulgaris. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 24. V.
35. Derselbe, Fall von Skrofuloderma. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 8. II.
36. Escherich, Fall von Lupus disseminatus post morbilloe. Ges. f. innere Medizin und Kinderheilk. in Wien. Pädiatr. Sektion. 16. II. (Diskuss.: Drey.)
37. Derselbe, Fall von Erythème induré (Bazin) bei einem neunmonatlichen Kinde. Ges. f. innere Medizin und Kinderheilk. in Wien. Pädiatr. Sektion. 19. I.
38. Eschweiler, In Heilung begriffener Lupus nach dreimaliger Finsenbehandlung. Verein der Ärzte in Düsseldorf. 4. XII.

39. Finger, Fall von Lupus disseminatus partim verrucosus. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 8. II.
40. Derselbe, Fall von Lupus erythematodes. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 22. II.
41. Derselbe, Fall von Lupus vulgaris disseminatus serpiginosus. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 8. II.
42. Forchhammer, Behandlung des Lupus vulgaris. Internat. Tuberkulose-kongress.
43. Foulkrod, C., Specimen of tuberculous ulcer of the tongue. Pathol. Soc. of Philadelphia. 23. II.
44. François, Behandlung des Lupus vulgaris. Internat. Tuberkulosekongress.
45. Freund, Leop., Durch Röntgentherapie stark gebesserter, sehr ausgedehnter Lupus tumidus et exulcerans. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 10. V.
46. Freymuth, Über Anwendung von Tuberkulinpräparaten per os. Münch. med. Wochenschr. S. 62.
47. Gaucher und Gastou, Die neuen Behandlungsmethoden des Lupus. Internat. Tuberkulosekongress.
48. Gellis, Fall von Lupus erythematodes. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 22. II.
49. Ghedini, G., Tuberculoma ulcerato della lingua. Gazz. degli Osped. 4. Juni.
50. Görl, Die Behandlung des Lupus mit Hochfrequenzströmen. Nürnberger med. Ges. u. Polikl. 16. III.
51. Halberstädter, Röntgenbehandlung des Lupus vulgaris. Breslauer dermat. Verein. 12. I.
52. Derselbe, Lupus erythematodes oder Sklerodermie? Breslauer dermat. Verein. 12. I. (Von Weik 6. VI. als Hydroa vacciniforme aestivalis vorgestellt.)
53. Hallopeau, H., Lokalbehandlung der Tuberkulide. Internat. Tuberkulose-kongress.
54. Derselbe, Contribution à l'étude étiologique pathogénique et clinique de lichen scrophulosorum. Journ. des mal. cut. et syphil. S. 726.
55. Harttung, Fall von Lichen scrophulosorum. Breslauer dermat. Verein 6. VI.
56. Derselbe, Fall von Lupus verrucosus ad nates. Breslauer dermat. Verein. 6. VI.
57. Derselbe, Fall von Tuberculosis verrucosa cutis in kolossaler Ausdehnung. Breslauer dermat. Verein. 6. VI.
58. Hirsch, Franz, Über Erythema induratum (Bazin). Arch. f. Dermat. und Syph. Bd. 75. S. 57 u. 181.
59. Huber, A., Besteht in Lupusheilstätten eine Gefahr für Tuberkuloseinfektion? Pester medizinisch-chirurgische Presse. Nr. 32. S. 772.
60. Jeanselme und Chatin, Bericht über die neuen Methoden der Lupusbehandlung. Internat. Tuberkulosekongress.
61. Juliusberg, Fälle von Lupus erythematodes und vulgaris, mit Kohlensäure-gefrierung behandelt. Breslauer dermat. Verein. 12. I.
62. Kaiser, Fall von Lupus vulgaris, an Augenlidern und Wangen. Breslauer dermat. Verein. 6. VI.
63. Derselbe, Verruköse Hauttuberkulose. Schles. Ges. f. vaterländ. Kultur in Breslau. 30. VI.
64. Kaminer und Meyer, E., Experimentelle Untersuchungen über die Bedeutung des Applikationsortes für die Reaktionshöhe bei diagnostischen Tuberkulin-injektionen. (Diskuss.: Burghart.) XXII. Kongr. f. innere Med.
65. v. Khautz jun., Fall von Tuberculosis verrucosa nach Schnittverletzung mit folgender tuberkulöser Lymphangoitis und Lymphadenitis. Ges. der Ärzte in Wien. 15. XII.
66. King, J. M., Tuberculosis cutis. Tennessee State med. Assoc. 11.—13. IV.
67. Kossel und Weber, Praktische Ergebnisse der neueren Forschungen über die Beziehungen zwischen der Menschen- und Tiertuberkulose. Aus dem Reichs-gesundheitsamt. Deutsche med. Wochenschr. S. 1603.
68. Kraus, Alfred, Über eine eigenartige Hauttuberkulose, gleichzeitig ein Beitrag zur Kenntnis der Verkalkung in der Haut. Arch. für Dermat. und Syph. Bd. 74. S. 3.
69. Derselbe, Zur Kenntnis des Erythema induratum (Bazin). Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 76. S. 185.
70. Kreibich, Lupus pernio. Rev. prat. des mal. cut., syph. et vén. S. 301.
71. Kren, Otto, Über die Beziehung des Lupus erythematodes zur Tuberkulose. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 75. S. 303.

72. La Rocca, Cura del lupus volgare con le iniezioni intradermiche di soluzione forte di sublimato corrosivo. Gazetta degli ospedali, 30 Marzo.
73. Leiner, Kind mit disseminierter Hauttuberkulose (Lupus vulgaris disseminatus). Ges. f. innere Medizin und Kinderheilk. in Wien, pädiatr. Sektion. 19. I.
74. Derselbe, Knabe mit Lichen scrophulosorum, auch der behaarten Kopfhaut. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 10. V. (Diskuss.: Neumann.)
75. Leredde, Behandlung des Lupus und Behandlung der Lupuskranken. Internat. Tuberkulosekongress.
76. Derselbe, Lupus tuberculeux et radiothérapie. Rev. prat. des mal. cut.. syph. et vén. S. 261.
77. Lesser, Die neuen Behandlungsmethoden des Lupus. Internat. Tuberkulosekongress.
78. Lesser, Edm., Zur Finsenbehandlung des Lupus. Berl. med. Ges. 11. I. (Diskuss.: Liebreich.)
79. Lesser, Diskussion über: Zur Finsenbehandlung des Lupus (von Levy-Dorn, Holländer, Blaschko, Kromayer, Senator, Gutmann, Fritz Lesser, Japha). Berliner medizin. Ges. 25. I.
80. Lesser, E., Zur Finsenbehandlung des Lupus. Berliner klin. Wochenschr. S. 81.
81. Lombardo, C., I corpi inclusi nelle cellule giganti. Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle. Fasc. 4, pag. 298.
82. Derselbe, Fibrina in alcune forme di tubercolosi cutanea. Giorn. it. delle malattie veneree e della pelle. Fasc. 2, pag. 209.
*83. Lortet, L., Lokaltherapie des Lupus mittelst chemischer Strahlen. Internat. Tuberkulosekongress.
84. Lundsgaard, K. K. K., Om Tuberculosis conjunctiva (især Lupus conj.) og dens Behandling. (Über Tub. conj. [bes. Lupus conj.] und deren Behandlung.) Hospitalstidende S. 905, 929, 965, 997 und 1017.
85. Mally, P., Wirkung des Lichtes auf den Lupus; methodische Behandlung des Lupus mittelst der Lichttherapie. Internat. Tuberkulosekongress.
86. Mally, Nutzen der X-Strahlen bei der Lupusbehandlung. Internat. Tuberkulosekongress.
87. Massai, F., Lupus (tuberculose) du nez. Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 11. März.
87a. Mawhorn, Lupus vulgaris der Nase mit Perforation der Nasenscheidewand und Mitergriffensein der Schleimhaut des Gaumens und der Lippen. Journ. of cut. dis. S. 173 und 546. (Der Titel besagt Alles. Toepl.)
88. Michelsen, Fritz, Zur Kasuistik der Karzinombildung auf Lupus erythematosus. Dermatol. Zentralbl. S. 165.
89. Möller, Magnus, Die phototherapeutische Behandlung von Lupus vulgaris im Krankenhause St. Göran zu Stockholm. (Herausgegeben von dem schwedischen Nationalverein gegen Tuberkulose.)
90. Mongour, Statistische Untersuchungen über die Kontagiosität der Tuberkulose. Internat. Tuberkulosekongress.
91. Mraček, Fall von Lupus erythematodes. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 24. V.
92. Nicolas, Joseph und Courmont, Die Serodiagnose der Tuberkulose bei Lupuskranken. Internat. Tuberkulosekongress.
93. Nobl, Drei Fälle von disseminierter Hauttuberkulose (exanthematisch ausgesätem Lupus). Ges. für innere Medizin und Kinderheilk. in Wien, pädiatr. Sektion. 2. III.
94. Derselbe, Fall von disseminierter Eruption des Lupus papillaris et verrucosus. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 22. II.
95. Derselbe, Fall einer exanthematischen Aussaat von Lupus verrucosus resp. papillaris (mit Diskuss. von Finger) Verhandl. der dermatol. Ges. 8. II.
96. Derselbe, Regionäre Lupusmetastase in Form des Lupus miliaris disseminatus. Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 7. VI. (Diskuss. Weidenfeld.)
97. Nobl, G., Zur klinischen, anatomischen und experimentellen Grenzbestimmung lupöser Hautläsionen. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 73. S. 87 u. S. 333.
98. Ogilvie, George, Die Nachkommen von Tuberkulösen. Hereditäre Disposition. Internat. Tuberkulosekongr.
99. Oppenheim, M., Fall von Lupus erythematosus nach Behandlung mit dem modifizierten Holländerschen Verfahren (intern Chinin, extern Jodtinktur). Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 8. II.
100. Derselbe, Fall von Skrofuloderma. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 25. I.

101. Paris und Sabareanu, Über die Serodiagnose beim Lupus erythematosus nach der Methode von Arloing-Courmont. Internat. Tuberkulosekongress.
102. Pegurier, Statistische Bemerkungen zur Heredität der Tuberkulösen. Internat. Tuberkulosekongr.
103. Pergola, Forma ematologica in pazienti affetti da lupo volgare. Trattamento col siero antidifterico Behring — per Pergola. Atti della R. Accad. di fisiocritici in Siena. Nr. 4.
104. Philippson, Fall von Lupus disseminatus. Ärztl. Verein in Hamburg. 13. VI.
105. Praktische Ergebnisse der neueren Forschungen über die Beziehungen zwischen der Menschen- und Tiertuberkulose (festgestellt vom Reichsgesundheitsamt). Deutsche med. Wochenschr. S. 1603.
106. Revillet, Sonnenlichtbehandlung des tuberkulösen Lupus und der tuberkulösen Skrofulose. Internat. Tuberkulosekongr.
107. Riehl, Frau mit Karzinommetastasen in einem Lupus des Gesichtes. Ges. der Ärzte in Wien. 17. XI.
108. Saalfeld, Zwei Fälle von Lupus follicularis disseminatus. Verhandl. der Berliner dermatol. Ges. 20. VI. (Diskuss. Kromayer, Rosenthal.)
109. Sachs. Drei Fälle von Lichen scrophulosorum. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges 10. V.
110. Derselbe. Fall mit ein Jahr bestehendem tuberkulösem Geschwür des weichen Gaumens. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 8. 11.
111. Derselbe, Fall von Lupus erythematodes. Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 8. 11.
112. Schlasberg, H. J, Zwei Fälle von Lupus follicularis disseminatus. (Tilbury Fox.) Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 74. S. 23.
113. Schürmann, Friedr., Über atypischen Lichen scrophulosorum. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 73. S. 379.
114. Senator, M., Lupus und Tuberkulose der Mundhöhle. (Diskuss. B. Fränkel.) Laryngolog. Ges. 30. VI.
115. Siebert, Ausgedehnter Lupus von psoriasiformem Aussehen. Breslauer dermatol. Verein. 12. 1.
116. Sklarek, Fall von Lupus mit papillomatösem Charakter, Tuberculosis cutis verrucosa und Lichen scrophulosorum. Verhandl. der Berliner dermatol. Ges. 14. III.
117. Specht, Fall von Lupus erythematodes, sechs Wochen nach Holländer vergeblich behandelt. Breslauer dermat. Verein. 6. VI.
118. Spencer, W. G., La dégénérescence cancéreuse du lupus après radiothérapie. Sem. méd. S. 535.
119. Spiegler, Fall von Lupus pernio. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 7. VI. (Diskuss. Weidenfeld, Ullmann, Löw.)
120. Spiegler, Fall von Lupus tumidus. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 25. 1.
121. Derselbe, Fall von Lupus vulgaris. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 7. VI.
122. Spitzer, E., Fall von Ulcus tuberculosum linguae. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 24. V. (Diskuss. Ehrmann.)
123. Derselbe, Knabe mit papulonekrotischen Tuberkuliden an den Beinen, exulzerierten Skrofulodermaknoten um den After etc. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 15. III.
124. Derselbe, Über Haut- und Schleimhauttuberkulose durch Inokulation und Autoinfektion. Wiener med. Wochenschr. S. 1206.
125. Steiner, Julius, Kasuistische Mitteilungen. Budapesti orvosi Ujság. Nr. 19. Beilage. IV. Lupus vulgaris und Folliclis.
126. Stelwagon, H. W., Remarks on the destructive skin diseases: epithelioma, lupus vulgaris, and syphilis. Amer. Medicine. 22. April.
127. Strasser, J., Lupus erythematodes und das papulo-nekrotische Tuberkulid. Wien. med. Presse. 5. Febr.
128. Strebel, H., Über Behandlung des Lupus vulgaris der Haut und Schleimhaut durch hochfrequente Funkenentladungen. Dermatol. Zeitschr. S. 38.
129. Thibierge, G., Le lupus érythémateux à forme d'atrophodermie en plaques. Annales de dermatologie et de syphiligraphie. 4e série, tome VI. S. 913.
130. Trouré, Gaston, Häufigkeit der „geheilten" Tuberkeln; statistische Studie. Intern. Tuberkulosekongr.
131. Truffi, M., Un caso atipico di eritema indurato di Bazin — Contributo allo studio delle alterazioni regressive del tessuto adiposo — Giorn. ital. delle malattie veneree e della pelle. Fasc. 2. S. 129.

132. Ullmann, Fall von Lupus erythematodes und Keratoma hereditarium palmare et plantare. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 29. III. (Disk. Neumann, Ehrmann.)
133. Unna, P. G., Einiges über die Lupustherapie der Zukunft und der Vergangenheit. Therap. d. Gegenw. S. 19.
134. v. Veress. F., A lupus vulgaris postexanthematicusról [Über Lupus vulgaris postexanthematicus]. — Budapesti orvosi ujság. Dermatol. Beilage Nr. 4.
135. Vidal, Sonnenlichtbehandlung des ulzerösen Lupus und einiger anderer tuberkulöser Erscheinungen. Internat. Tuberkulosekongr.
136. Vitry, Beitrag zum Studium der Seroreaktion der Bazillentuberkulose nach Arloing-Courmont. Internat. Tuberkulosekongr.
137. Vörner, H., Les applications locales d'acide phénique concentré dans le traitement du furoncle et des gommes tuberculeuses. Sem. méd. S. 511.
138. Derselbe, Über die Verwendbarkeit der konzentrierten Karbolsäure zur Behandlung des Skrofuloderma und der Furunkulose. Münch. med. Wochenschr. S. 2017.
139. Weidenfeld, Akneiformes Tuberkulid kombiniert mit einem typischen Erythème induré Bazin (mit Diskussion von Nobl, Ullmann, Neumann, Sachs, Spiegler). Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 11. I.
140. Derselbe, Fall von Lichen scrophulosorum (mit Diskussion von Ullmann, Ehrmann). Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 25. I.
141. Derselbe, Fall von Lupus miliaris. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 15. III. (Diskuss. Ehrmann.)
142. Derselbe, Fall von Tuberculosis verrucosa cutis. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 15. III.
143. Weik, Lupus des Arms mit Elephantiasis. Breslauer dermat. Verein. 12. I.
144. Derselbe, Lupus erythematodes des Gesichts von grosser Ausdehnung. Breslauer dermat. Verein. 12. I.
145. Werther, Licht- und Röntgenbehandlung von Lupus und Kaukroid. Ges. f. Natur- und Heilk. zu Dresden 28. I.
146. Whitfield, A., A further contribution to our knowledge of erythema induratum. Brit. Journ. of Dermatol. Juli.
147. Winkler, Max, Beitrag zur Frage der „Sarkoide" (Boeck), resp. der subkutanen nodulären Tuberkulide (Darier). Arch. f. Dermatol. und Syphilis. Bd. 77. S. 3.
148. Zilgien, Die Vorfahren der Tuberkulösen. Internat. Tuberkulosekongr.
149. Serotherapie der Tuberkulose: Rimbaud, L., Tabakian, G., Laffont, Marc, Lanuelongue, Achard, Gaillard, Cuguillère, Marmorek, Alex., Veillard, Dubard, Schwartz, Rubinstein. Internat. Tuberkulosekongr.
150. Tuberkulintherapie der Tuberkulose: Jaquerod, Beraneck, Laffont, Jousset, Pierre. Internat. Tuberkulosekongr.

Die Tuberkulose des Rindes wird nach Kossel und Weber (67) durch die Tuberkelbazillen des Typus bovinus hervorgerufen; die Ansteckung erfolgt meist von Tier zu Tier; der tuberkulöse Mensch kann in den seltenen Fällen, wo er Tuberkelbazillen des Typus bovinus ausscheidet, die Ansteckung vermitteln. Bei den Schweinen findet sich fast ausschliesslich der Typus bovinus, und zwar haben die Bazillen hier ihren Ursprung vorzugsweise in der Tuberkulose des Rindes, daneben kommen Übertragungen von Schwein zu Schwein vor; der tuberkulöse Mensch kann die Tuberkulose auf das Schwein übertragen, gleichviel welchen Ursprunges seine eigene Tuberkulose ist. Die Tuberkulose der übrigen Haustiere leitet sich in den meisten Fällen von der Tuberkulose des Rindviehes ab. Die Tuberkulose des Hausgeflügels wird in der Regel durch den Hühnertuberkulosebacillus erzeugt und verbreitet. In tuberkulös erkrankten Geweben des Menschen findet sich meist der Typus humanus; die Ansteckung erfolgt in erster Linie durch unmittelbare oder mittelbare Übertragung der Bazillen von Mensch zu Mensch; es ist mit der Möglichkeit zu rechnen, dass mit dem Fleisch tuberkulöser Schweine Bazillen vom Typus humanus auf den Menschen übertragen werden; der

menschliche Körper ist auch zur Aufnahme der Ansteckungskeime aus Milch oder Fleisch der Haussäugetiere befähigt. Die durch Bazillen des Typus bovinus beim Menschen hervorgerufenen Veränderungen beschränken sich häufig auf die Eintrittspforte der Keime und die zugehörigen Drüsen oder diese allein. Der Genuss von Nahrungsmitteln, welche lebende Bazillen des Typus bovinus enthalten, ist für die Gesundheit des Menschen, namentlich im Kindesalter, nicht unbedenklich. (J.)

Bei 350 Familien mit tuberkulösen Kindern waren nach Peguriers Statistik (102) in nahezu der Hälfte sowohl Vater wie Mutter frei von irgendwelchen Mängeln; der Alkoholismus der Eltern schien hinsichtlich der Erkrankung der Kinder häufiger eine Rolle zu spielen als die Tuberkulose. Zwischen arthritischer Veranlagung der Eltern und tuberkulöser Disposition der Kinder scheint keinerlei Antagonismus sich geltend zu machen. Diejenigen Familien, in welchen der Vater sowohl Alkoholiker als tuberkulös war, haben die grösste Kinderzahl; die Familien, in welchen der Vater Alkoholiker war, wiesen mehr tuberkulöse Töchter als tuberkulöse Söhne auf. Die Kinder der Alkoholiker zeigten die grösste Sterblichkeitsziffer; der Alkoholismus der Eltern bedingt die grösste Säuglingssterblichkeit. (J.)

Bei der Armenbevölkerung der Grossstädte lässt sich nach Zilgien (148) bei den Nachkommen der hereditäre Einfluss nachweisen, selbst dann, wenn die Vorfahren manifeste Erscheinungen der Tuberkulose nicht erkennen lassen. (J.)

Eine lokale hereditäre Disposition in Form der erblichen Übertragung eines Locus minoris resistentiae ist nach Ogilvie (98) in der Erfahrungstatsache zu erblicken, dass bei den Nachkommen phthisischer Eltern die Lungentuberkulose fast immer in derjenigen Lungenpartie beginnt, in welcher auch bei dem Vererbenden das Leiden seinerzeit seinen Anfang genommen hatte. Bezüglich der spezifischen Allgemeindisposition hat man im Auge zu behalten, dass bestimmte, von den Eltern vererbte anatomische oder konstitutionelle Anomalien in der Pathogenese der Phthise der Nachkommenschaft eine ausschlaggebende Rolle zu spielen scheinen. (J.)

Die Kontagiosität der Tuberkulose ist unzweifelhaft, doch hält sie sich innerhalb enger Grenzen; so kommen nach Mongurs Statistik (90) z. B. auf 440 Ehen, in welchen der eine der Gatten an Tuberkulose erkrankt war, nur 16, in welchen eine nachweisbare Infektion des einen der Ehegatten durch den andern erfolgt ist. (J.)

Unter den Wäschern und Wäscherinnen ist die Tuberkulose in ganz aussergewöhnlichem Umfange verbreitet, wie Bernheim (6) zeigt. (J.)

Der Papagei, über welchen Delbanco (22) berichtet, hatte in einer Familie gelebt, in welcher verschiedene Mitglieder schwer an Tuberkulose gelitten hatten. Es kann gar keinem Zweifel unterliegen, dass die Tuberkulose des Papageies von der Tuberkulose der Menschen herrührte. Die dem Zungenknoten entnommenen Präparate weisen neben einer sehr grossen Zahl von Langhansschen Riesenzellen eine geradezu überraschende Menge von Bazillen auf, welche man als veränderte menschliche Tuberkelbazillen ansprechen muss. Interessante Hinweise auf die aus der Literatur über die Papageientuberkulose bekannt gewordenen Tatsachen. (J.)

Bei 45 von 67 Lupusfällen, bei 8 von 21 Fällen von Tuherculosis verrucosa, bei 7 von 14 Skrofulodermkranken und bei 1 von 5 Fällen von Erythema indurativum Bazin hat Lombardo (81) derartige Zellen beobachtet.

Bei Lupus ist ihr Befund konstant, wenn der Prozess die ausgesprochene Neigung zur Ausdehnung besitzt; am häufigsten sind die Bazillen an der Grenze zwischen gesunden und kranken Partien, im Zentrum verschwinden sie oder sind sehr verändert. Neben endozellulären Körperchen finden sich auch extrazelluläre, die man als von den Zellen abgesprengte Teile auffassen muss. hervorgegangen durch völlige oder teilweise Auflösung der letzteren.

Die Einschlüsse hestehen aus organischer Grundsuhstanz, die mit Eisen und Kalk oder nur mit Eisen durchsetzt ist. Die Grundsubstanz hesteht aus mehr oder minder verändertem Elastin, ausnahmsweise wohl auch aus Bindegewebsfasern oder aus Haarresten, die während der Bildung der Riesenzellen darin eingeschlossen geblieben sind. Infolge der verdauenden Kraft der Riesenzelle erleiden die darin eingekapselten organischen Suhstanzen nach und nach chemische nnd morphologische Veränderungen, die im Verein mit der fortschreitenden Infiltrierung mit Mineralsalzen ihnen das Charakteristische der Einschlüsse verleihen, die dann endlich entweder durch weitergehende Zellentätigkeit oder durch Entwickelung des neugebildeten Gewebes sich noch weiter bis zur völligen Absorption umändern.

Ihre Entstehung aus Hyphomyceten, Blastomyceten oder aus aktinomykotischen Formen des Tuberkelbacillus ist ausgeschlossen. (Ve.)

Die Untersuchungen Lombardos (82) sind an 100 Fällen mit tuberkulösen Hautveränderungen angestellt worden. Bei allen Arten von Lupus vulgaris (67 Fällen) war das fibrinöse Exsudat (Untersuchung nach der Methode von Weigert) mehr oder minder reichlich, geringer bei der hypertrophischen nodulären Form. Bei der verrukösen Tuberkulose (21 Fälle) fand sich Fibrin in 14 Fällen unzweifelhaft, in zwei Fällen ziemlich zweifelhaft vor, in fünf Fällen liess es sich überhaupt nicht nachweisen. Bei Skrofuloderm (13 Fälle) fand es sich in 13 Fällen, aber in dem einen Fall, der ganz und gar das gleiche Netzwerk darbot wie die ührigen Fälle, blieb die Weigertsche Reaktion aus. Bei Erythema indurativum (4 Fälle) war in einem Fall keine Spur von Fibrin nachweisbar, bei den übrigen 3 Fällen fanden sich in den ahgestorbenen Massen noch ganz geringe Spuren von Fibrin. Ein Fall von Lichen scrofulosorum liess ebenso wie ein subkutaner kalter Abszess das Fibrin ganz vermissen. Das Fibrin ist also am reichlichsten bei Skrofuloderm, weniger reichlich bei Tuberculosis verrucosa, am spärlichsten bei Lupus vulgaris. Im allgemeinen ist es wenig vertreten, da die Haut in geringerem Masse serofibrinöse Ausschwitzungen hervorbringt, als andere Gewebe, und wahrscheinlich auch deshalb, weil der Tuberkelbacillus, dessen reizende Wirkung auf seinen Assimilationsprodukten und auf seinen Toxinen beruht, sich selten und nur von mehr oder minder abgeschwächter Virulenz in den vom Verf. studierten Formen von Hauttuberkulose zu finden pflegt. (Ve.)

Huber (59) empfiehlt insbesondere eine genaue Beobachtung der Kranken, und zwar vorzüglich die Untersuchung innerer Organe, um die Weiterverbreitung der Tuberkulose auf andere Kranke und auf das Wärterpersonal zu verhindern. (Tör.)

In 3 Fällen fand Pergola (103): 1. beständige Abnahme des Hämoglobingehaltes. 2. Steigerung der roten und weissen Blutkörperchenzahl bis zur obersten physiologischen Grenze. 3. Veränderungen verschiedenster Art und verschiedenster Grade, aber immer in numerischem Verhältnis der verschiedenen Leukozytenformen zueinander. 4. Häufige Abnahme der polymorphen Neutrophilen und beständige der kleinen Mononukleären und der Lymphozyten. 5. Leichte Steigerung der Übergangsform, beständige Vermehrung der grossen Mononukleären, während die Eosinophilen im Verhältnis zur Ausdehnung und zur Vielgestaltigkeit der Krankheitserscheinungen vorhanden sind. 6. Die Zusammensetzung der roten Blutkörperchen hot nichts Auffälliges, während die Blutkörperchenmenge den Zustand der Oligochromämie zum Ausdruck bringt. Nach den Diphtherieseruminjektionen stellte sich zuerst sehr schnell eine geringe Besserung der schlechten Blutzusammensetzung ein; nach den weiteren Injektionen machte sich nur ein leichter Einfluss noch bemerkbar; auf die Veränderungen selbst hatten sie keinen günstigen Einfluss. (Ve.)

Die Methode gibt nach Nicolas und Courmont (92) inkonstante Resultate; bei einem Drittel der Kranken ist sie negativ geblieben, ohne dass man irgendwelche Gründe hierfür verantwortlich machen könnte. In zwei Fällen von Lupus erythematosus ergab die Serodiagnose ein positives Resultat. (J.)

In 25 Fällen kam die Serumreaktion durch Cipolla (18) zur Anwendung. Er kommt zu dem Schlusssatz, dass das Agglutinationsvermögen des Blutserums der Lupuskranken, wenn es überhaupt existiert, sich dann in so bescheidenen Grenzen hält, dass es als diagstisches Mittel keine Verwertung finden kann, und dass es weder mit der Dauer der Erkrankung noch mit ihrer Ausdehnung irgendwie in Beziehungen steht. (Ve.)

Mehr als die Hälfte der in Ungarn an Lupus vulgaris Erkrankten (50,28 %) ist nach Barabás (3) rumänischer Nationalität. Der Autor schliesst aus dieser Tatsache, dass soziale Verhältnisse bei der Entstehung der Krankheit eine grosse Rolle spielen, und dies um so mehr, als die Rumänier bloss 20,95 % der Bevölkerung Ungarns ausmachen. (Tör.)

Nobl (97) berichtet über eine Serie von 25 chirurgisch-plastisch behandelten Lupusfällen, in welchen er die Exstirpationsgrenzen in einer Weite von ½—1 cm von den Herdsäumen angesetzt hat und die Plaques mit ½—1 cm breiten, sie gleichmässig umsäumenden, makroskopisch als gesund erscheinenden marginalen Hautzonen zur Absetzung gebracht hat. Diese aus der klinischen Erfahrung gereifte und gesicherte Methode hat durch den Nachweis der anatomischen Verhältnisse ihre Berechtigung erfahren. An den ausgehobenen Randsektoren konfluierender Lupusherde sind meist 3 Zonen zu unterscheiden: Der periphere Anteil des spezifischen Plasmoms, eine mehr oder minder entwickelte perilupöse Reaktionszone und ein normaler Hautsaum. Die zwischen das eigentliche Plasmom und den marginalen intakten Tegumentsaum interkallierte Reaktionszone ist durch Quellung des kollagenen Stützgewebes und durch mässige Rundzelleninfiltration der Gefässramifikationen und der glandulären Anhänge gekennzeichnet; niemals bildet sie den Fundort spezifischer, dem Bau der Tuberkelknötchen auch nur annähernd nahekommender Herde; sie kann zu einer Mächtigkeit von mehreren Millimetern gedeihen, klinisch gar nicht angedeutet oder in

Form schmaler erythematöser Höfe ausgeprägt erscheinen. Ein Vordringen der lupösen Infiltrate bis in die Fettschicht hin hat Nobl in keinem der untersuchten 25 Fälle verfolgen können. Das anatomische Explorationsergehnis lehrt demnach, dass die Krankheitsherde stets radikal, sowohl der Tiefe als der Flächenausdehnung nach, in gebotener Entfernnng von den pathologischen Gewebsanteilen und ihren reaktiven Mantelzonen zur Absetznng gelangt waren. Damit steht in Einklang der grosse Prozentsatz der geraume Zeit hindurch verfolgten Dauerheilungen. Gegenüber der Breslauer Schule, insbesondere Klingmüller gegenüber, betont Nohl hinsichtlich der im Anschluss an die diagnostischen Tnberkulininjektionen auftretenden lokalen Reaktionsphänomene, dass dieselben sich weithin über die Grenzen des spezifischen Gewebes ausdehnen können, ohne in ihrem anatomischen Suhstrate durch spezifische Elemente bedingt zu sein; anch aus den Heilungsverhältnissen geht diese Tatsache hervor, insofern alle innerhalb der Reaktionszone operierten Lnpusfälle anstandslos zur Vernarhung gekommen sind, und in 2 Fällen seit dem Eingriff ein 1½jähriges rezidivfreies Intervall verstrichen ist. Wenn Klingmüller den Standpunkt vertritt, dass für die therapeutischen Massnahmen die örtlichen, durch Injektion von Alt-Tuherkulin hervorgerufenen Reaktionszonen als Direktiven zn dienen haben, kann Nohl ihm nur insofern heipflichten, als sich dieser Vorschlag auf die scharf markierten, die spezifischen Infiltrate nnr um wenige Millimeter überragenden Reaktionssäume bezieht, und dies um so eher, als ja die klinischen und anatomischen Merkzeichen ohnehin bei der Ahsetzung der Krankheitsherde über ähnlich ausgedehnte perilupöse Areale hinausgehen heissen. (J.)

Bei dem 40jährigen Patienten Bettmanns (8) waren erkrankt das ganze Gesicht, Ohren, behaarter Kopf, Rücken, Hals und Brust zum grössten Teil, die ganze rechte Glutäalgegend und ein grosser Teil des Oberschenkels. (J.)

Ein Fall Sieberts (115) zeigte grosse Fladen von hraunroter Farbe, mit silberweissen, dicken, glänzenden Schuppen bedeckt; Exzision nnd Tuberkulinreaktion haben die Diagnose sichergestellt. (J.)

Auch in dem Falle Nohls (94) — 3jähriges Mädchen mit exzessiv gewucherten, rot umsäumten, von hornig harten, schmutzig verfärbten Wärzchen nnd Zapfen hestrichenen tumorartigen Plaques — ist das anslösende Moment in einer Maserninfektion gelegen. Desgleichen sind auch hier die peripheren Teile der Extremitäten Sitz der Erkrankung. Nobl weist anf die Ähnlichkeit dieser papillär gewucherten Tnberknlome mit Blastomykose hin. (J.)

v. Veress (134) glauht sich auf Grund seiner Erfahrungen zu folgenden Schlüssen berechtigt: 1. Nach akuten Exanthemen der Kinder — Wasserpocken, Masern, Scharlach — tritt manchmal während der Rekonvaleszenz, öfters aber nach Ablauf derselhen, eine disseminierte Hauttuherkulose in Form des Lupus vulgaris auf. 2. Alle Umstände und klinischen Symptome, nämlich: die vielen Läsionen der Haut, das Fehlen von Metastasen innerer Organe, das Fehlen allgemeiner Embolisation, Auftritt des disseminierten Lupus nach und nicht während des akuten Exanthems, häufig vorkommende, spätere Vermehrung der Efflorescenzen etc. sprechen für einen äusseren Ursprung durch Inokulation. 3. Im histologischen Bau fehlen die Kriterien — Beteiligung der Gefässe an der Bildung der lupösen Herde, Auftreten der Knötchen in

allen Schichten der Haut —, die die Anfnahme einer hämatogenen Entstebungsart dieser Lnpusform stützen könnten. (v. M.-K.)

Ausser der dnrch Narbensynechien bedingten allmählichen Verwachsung der Finger hietet der Artikel von Bureau (15) nichts Besonderes. (V.)

In der Diskussion zn Spieglers (119) Vortrag verweist Ullmann auf die Verwandtscbaft des Lnpus pernio mit Tuberkuliden; Weidenfeld erwähnt, dass er durch tberapeutische Eingriffe nene Lupus pernio-Knoten auftreten sah, nnd Löw hat einen Fall von Lupus erythematosns geseben, welcher zn Perniobildungen geführt hat. (J.)

Eine Frau aus Allens (1a) Praxis hatte Lupns des Ohres, welcher mit neun Jahren hegann. Der ganze Ohrlappen war einhegriffen, und der Prozess dehnte sich von da weiter über die Gewehe hinter dem Ohre aus. Die Behandlung hestand hauptsächlich in X-Strahlen. Wenn die Knötchen im Narhengewehe wieder erschienen, so wurden sie von Allen ausgehohrt und die X-Strahlen angewandt. Die Infektion datierte, wie in zwei anderen Fällen, von der Zeit der Durchbohrung des Ohrläppchens durch eine Tante mit Nadel und Faden. welchen sie dnrch ihren Mund zur Anfenchtung gezogen hatte. Sie war knrz daranf an Tuberkulose (galoppierender Schwindsncht) gestorben. (Toepl.)

Die 12jährige Patientin v. Kbantz' (65) mit Tuberculosis verrucosa ist weder erblich helastet, noch ist, abgesehen von der Haut, irgend ein Organ tnberkulös erkrankt. Die Infektionsquelle ist unhekannt geblieben. Die infizierten Lymphgefässe sind als knotige Stränge zn fühlen, teilweise auch zu sehen; die Hant über ihnen ist nicht gerötet. (J.)

Bei 14jähriger Bäuerin aus Bergers (4) Beobachtnng entwickelte sich eine knollige krustöse, ovale Plaque an der Rückfläche der rechten Hand vor drei Jahren, ohne Schmerzen. An einigen Stellen erscheint sie als zarte Narbe. Ätiologie — professionelle Impftnberkulose. Die Patientin war Kürschnerin. (S.)

In der Diskussion zu den Fällen von Weidenfeld (141 u. 142) weist Ehrmann anf die manchmal hestehende Ähnlichkeit zwischen Lupus vnlgaris nnd Lupus erythematodes hin. (J.)

Die rasch sich vermehrende Knötchenaussaat, die Nobl (96) heobachtete, hat sich entwickelt im Anschluss an einen Geschwürsprozess der rechten Nasenhälfte. Weidenfeld bemerkt, dass er in einem typischen Fall von Lupus des harten Gaumens Blastomyceten gefunden hat. (J.)

Im Falle Fingers (41) bestanden teils annnläre Formen, teils bogenförmig hegrenzte Plaqnes, alle in serpiginösem Weiterschreiten hegriffen. (J.)

Ein Lnpns vulgaris disseminatus (13) ist durch ein aus zerfallenen Lupusknötchen hervorgegangenes Ulcus tuberculosum an einem der Mundwinkel kompliziert; wahrscheinlich ist die Einbeitlichkeit im Krankheitsbilde auf eine einmalige Überschwemmung des hetroffenen Gebietes mit Tuberkelbazillen zurückzuführen. In der Disknssion erinnert eine Bemerkung Mraček s an die Ähnlichkeit tuberkulöser Schleimhautaffektionen mit luetischen Bildnngen. (J.)

Im ersten Falle Fingers (39) handelt es sich um einen 8jährigen Knaben, der neben isolierten und gruppierten Lupusknötchen an einzelnen

Stellen kronengrosse, elevierte warzige nnd borkenhedeckte, runde Plaques anfweist. Bei der 4jährigen Patientin Nohls (95) sind die Bildungen analog, gleichfalls an peripheren, lokalen Insulten ausgesetzten Körperpartien gelegen; in beiden Fällen erfolgte die Dissemination des Lupus im Anschlnss an Masern. In der Diskussion bespricht Finger die Unterscheidung zwischen Lupus verrucosns und Tuberculosis verrucosa; genetisch ist eine Differenzierung nicht tunlich, indem beide Formen sowohl exogen als hämatogen entstehen können. (J.)

Der Lupus disseminatns kommt nach Philippson (104) auf embolischem Wege zustande und tritt gewöhnlich nach aknten Infektionskrankheiten auf; im vorliegenden Falle trifft das allerdings nicht zu. (J.)

Das differentialdiagnostische Kriterinm gegenüber der gewöhnlichen Gesichtsakne besteht nach Delhanco (20) in dem Nachweis von tuberkulösem Gewebe, das sich perifollikulär findet. (J.)

Der eine Fall Saalfelds (108) ist unter Kantharidinbehandlung zu vollständiger Heilnng gelangt. Bei dem zweiten Falle kann sich Kromayer der Diagnose nicht anschliessen; er hält den Fall für eine abnorme Form von Akne vulgaris; Rosenthal möchte den Fall als Aknitis ansprechen, wobei er es dahingestellt sein lässt, welche Unterschiede zwischen Lupus follicularis disseminatus und Aknitis bestehen. (J.)

In beiden Fällen Schlashergs (112) ist die Tnberkulinreaktion negativ ausgefallen. Therapeutisch hat sich Lichtbehandlung nach voransgegangener Exkochleation nnd Kaustik trefflich bewährt. (J.)

Eine 36jährige Patientin Steiners (125) leidet seit länger als 9 Jahren an Lupus vulgaris der Nase; die Haut der Nase ist von lupösen Infiltraten hesetzt, die Nasenscheidewand perforiert, die linke Nasenhälfte obstruiert. Submaxillar-, Cervikal- und Nackendrüsen sind vergrössert. Anf heiden Unterextremitäten finden sich zahlreiche Närbchen und atrophische Stellen von Linsengrösse zerstrent, ausserdem inshesondere in beiden Patellargegenden und auf dem rechten Fussrücken miliäre — lentikuläre, die Papillarschichte hetreffende, hloss wenig über das Hantniveau ragende, bräunliche, hyperämische Infiltrate, welche sich im Laufe von mehreren Wochen mit Hinterlassung atrophischer Stellen zurückbilden. Manche von den Infiltraten lassen anf Glasdruck eine bräunliche Farhe erkennen, welche der des lupösen Infiltrates ähnelt. (Tör.)

Die zwei von Béron (7) beschriehenen Fälle von primärem Nasenlnpus und seine anderweitig (Letopissi I, Heft VIII u. IX) pnhlizierten ähnlichen Fälle sprechen für die Ansicht, dass der Gesichtslupus meist eine Fortpflanzung der primären lupösen Erkrankung der Nasenschleimhaut ist, letztere hedingt durch Inokulation der Tuherkelbazillen vermittelst der Fingernägel. (Béron.)

In einem sehr interessanten nnd instruktiven Anfsatze beschäftigt sich Landsgaard (84) mit Geschichte, Ätiologie, klinischem Aussehen, Diagnose und Behandlung der Konjunktivaltuherknlose. Auf Grundlage von 15 selbstheobachteten Fällen (4 von primärer Tub. conj., 11 von Lupus conj.) kommt Landsgaard zum folgenden Resnltat: 1. die Radikalexstirpation soll angewendet werden, wenn die Ansdehnung des Prozesses sie möglich macht; 2. ist dies nicht der Fall, die Conjnnctiva

bulbi aber noch nicht angegriffen, mnss man die Finsensche Lichtbehandlung anwenden, die sich sehr leicht institutieren lässt und von der Konjunktiva sehr gut vertragen wird; 3. falls auch die Conj. bulhi in das Leiden mit eingezogen, ist ein Versuch mit Tuberkuliu (TR) berechtigt, wenn keine grösseren tuberkulösen Herde sich anderswo finden; 4. Paqnelinisierung, Curettement usw. sind nur Hilfsmittel, nicht Hanptmethoden der Behandlung. Erfrierungen mit Chloräthyl und Formalinbehandlung kann Verf. nicht empfehlen und die Wirkung der Röntgenbehandlung kennt er aus eigener Erfahrnng nicht. (Ra.)

Das Skrofnloderma bei Oppenheims (100) Patienten war am rechten Unterschenkel gesessen. Gegen die Diagnose Erythema induratnm spricht das Solitäre des Prozesses, der Mangel anderer schmerzhafter Knoten an den unteren Extremitäten nnd die Chronizität des Prozesses. (J.)

An der behaarten Kopfhant des 5 Jahre alten Patienten von Leiner (74) fanden sich kleinere und grössere Gruppen von folliknlären schilfernden Knötchen, die den Herden am Stamm in Aussehen nnd Gruppierung völlig glichen. Anf Tnberknlin sehr starke Allgemeinreaktion, keine Lokalreaktion. Bezüglich der Lokalisation des Lichen scroph. hetont Nenmann das Anftreten desselben bei Kindern an den Extremitäten. (J.)

Hallopeaus (54) Ansicht, dass der Lichen scrophulosorum durch die Toxine der Tnherkelbazillen entstehe, ist bekannt. Von Interesse ist die Beohachtung, dass die Effloreszenzen auch in der Lokalisation eines Interkostalzoster sich etablieren. (Vö.)

In den 3 Fällen von Sachs (109) war die Reaktion auf Alt-Tuberkulin an den Krankheitsherden deutlich ausgesprochen, Allgemeinreaktion nnr gering; nach Ahlauf der Lokalreaktion war die Schuppung der einzelnen Herde noch reichlicher, waren die Knötchen deutlich abgeflacht. (J.)

Trotz des gleichzeitigen Bestandes von Syphilis glaubt Ehrmann (30) bei einem seiner Patienten, in Anbetracht der scheibenförmigen Gruppierung der Knötchen, ihrer Farhe nnd der vorhandenen Erscheinnngen von Tuherkulose, die Diagnose Lichen scrophulosorum stellen zu müssen, obwohl der Pigmentschwnnd schon bei anderen Lichenformen beschrieben worden ist. Lichen syphiliticus ist auszuschliessen, weil jede Schnppen-, Krüstchen- oder Pnstelbildung fehlt. (J.)

In der Diskussion zu Ehrmanns (29) Vortrag üher einen Fall der Krankheit teilt Finger mit, dass er anfänglich die ekzematöse Natur des Leidens ins Auge gefasst und an Mycosis fungoides gedacht hatte. Auf Grund der Anamnese war auch daran zn denken, oh nicht ein merknrielles Erythem zustande gekommen sei, anf dessen Basis der weitere Prozess sich entwickelt habe. (J.)

(140) Am Bauch und in der Lendengegend eines weiteren Kranken fanden sich kreisförmige Scheiben, in diesen Knötchen, welche vereiterten und mit oberflächlicher Narbenhildung abheilten; der Patient erlag einer Karies der Wirhelsäule.

Ullmann denkt an eine Komplikation mit syphilitischer Dyskrasie. (J.)

Klingmüllers 3 Fällen von „Übergangsformen vom Lichen scrophulosorum zu den Tuberkuliden“ und Picks Falle eines „eigenartigen lichenoiden Exanthems“ schliessen sich die 3 Fälle an, über welche Schürmann (113) berichtet; vom Bilde des typischen Lichen scrophulosorum ist die Affektion verschieden durch die beträchtliche Grösse,

dnrch die Farhe und durch den Glanz einiger Einzeleffloreszenzen. Schürmann schliesst sich Klingmüllers Ansicht an, dass der Lichen scrophulosorum eine Dermatose ist, welche durch die Toxine der Tuberkelbazillen entsteht und bei solchen Individuen auftritt, die auch an anderen Formen der Tuberkulose leiden. (J.)

(139) Ein Patient mit akneiformem Tnkerkulide zeigte an den Vorderarmen einzelnstehende oder agglomerierte Knötchen mit Krüstchen an der Spitze; unter der Kruste ein kraterförmiges Geschwür; Abheilung mit deprimierten pigmentierten Närbchen. Oft beginnen die Effloreszenzen mit einem kreuzergrossen Knoten von lebhaft roter Farbe, der später sich immer mehr resorhiert, während sich die Knötchen zuerst in Form eines weissen Punktes, dann durch Elevation herausbilden. An den Unterschenkeln sind die blauroten, teilweise geschwürig zerfallenen Knoten aus blauen Flecken entstanden; in der ersten Zeit ihrer sehr rasch vor sich gebenden Entwickelung waren sie lebhaft rot.

Nobl macht darauf aufmerksam, dass, wie auch im vorliegenden Falle, Drüsenschwellungen eine regelmässige Begleiterscheinung der Tuberknlide seien und eine Stütze für deren Ätiologie im Sinne einer Tuberkulose in abgeschwächter Form abgehen. (J.)

In der Umgebung des tuberkulösen Gaumengeschwüres in Sachs (110) Falle sieht man auf hellroter Schleimhaut kleinste stecknadelkopfgrosse, schmutzig granweisse Knötchen. Aus diesen entstehen die Geschwürsbildungen. (J.)

In der Diskussion zu Spitzers (122) Demonstration erwähnt Ehrmann einen analogen Fall, wo ein durch einen scharfen Zahn verursachtes traumatisches Geschwür den Tuberkelbazillen als Eingangspforte gedient hat. Spitzer erinnert an einen Fall, in dem ein Phthisiker im epileptischen Anfalle sich in die Zunge gebissen und auf diese Weise ein tuberkulöses Geschwür akquiriert hat. (J.)

Beim Affen gehen nach Ehrmann (27) die Hautveränderungen an der Impfstelle ein anderes klinisches Bild als beim Menschen. Aber es gibt auch beim Menschen Fälle, in welchen der weitere Verlauf eine grosse Analogie mit der von Kraus demonstrierten Impftuberkulose der Affen darbietet. Bei den zwei demonstrierten Frauen ist die Verletzung durch scharfe Zähne gesetzt worden, bei dem Manne durch einen freistehenden Zahn; in diesem Falle ist die Infektion eine Autoinfektion; hier handelt es sich um Tuberculosis verrucosa des Mundwinkels, während das Geschwür bei der einen Frau lupösen Charakter hat und bei der anderen Frau die Eigenschaften der miliaren Hauttuberkulose aufweist. (J.)

Es handelt sich bei einem 15jährigen Patienten von Kraus (68) um eine aus multiplen unregelmässig über den Körper zerstreuten Einzelherden bestehende knotige Affektion der Haut, deren tuberkulöse Natur unter anderem durch den positiven Ausfall der Tuberkulinreaktion sichergestellt war. Die anatomische Untersuchung ergab, dass die Erkrankung als tuberkulöses Infiltrat in der Subcutis begonnen, im weiteren Verlaufe die Cutis in Mitleidenschaft gezogen bat und endlich eine regressive Metamorphose in Form der Verkalkung eingegangen ist. (J.)

Delbanco (21) rechnet den L. erythematosus unter die Tuberkulide. Der Patient trägt am Halse grosse Lymphome; beides bringt Delbanco in ursächlichen Zusammenhang. Zur Behandlung empfiehlt er die auch bei anderen tuberkulösen Erkrankungen bewährte Grüne Seife. (J.)

Es besteht nach Delbanco (19) vielleicht doch ein Zusammenhang zwischen der äusseren Hautaffektion und zentralen Tuberkuloseherden, so dass die Auffassung des Lnpus erythematosus als eines dnrch Fernwirknng entstandenen Tnberkulides manches für sich hat. (J.)

Auch beim Lupus erythematodes sind die Beziehungen zur Tuberkulose kaum zn übersehen. In der Ehrmannschen Klinik konnte man nach Strassers (127) Mitteilung in 80% der Fälle teils am Individunm selbst, teils anamnestisch bei den Eltern Tuberknlose sicher konstatieren. Die relativ häufige Kombination von Lupus erythematodes mit papulo-nekrotischem Tnberkulid spricht in hohem Grade für die gemeinsame tnberkulöse Ätiologie. (J.)

Die Sektion eines mit Lupus erythematosus behafteten Individuums konnte keine Spnr einer Tnberkulose anfdecken. Solche negative Sektionsbefunde sprechen nach Kren (71) dafür, dass der Lnpus erythematosus eine selbständige Krankheit ist, die mit der Tuberknlose nichts zu tun hat. (J.)

Positives Resultat der Serodiagnose von seiten Paris und Sabareanns (101) bei 5 Fällen von Lupus erythématenx fixe, negatives Resultat in 4 Fällen von Erythème centrifuge Biett. (J.)

Der erste Fall von Bornemann (11) war dadurch bemerkenswert, dass auf dem Boden eines Erythematosusfleckens ein Papillom entstanden war. Im zweiten Falle war ein zweifelloser Lupus erythematosus mit einer lokal davon getrennten Hautaffektion kombiniert, die sich klinisch nnd histologisch als Lnpns vulgaris erwies; ansserdem war die Patientin mit einem Lungenspitzenkatarrh behaftet. Während der Lupus vulgaris auf Alt-Tuberknlin reagierte, war an dem Lupus erythematosus nicht die Spnr einer Reaktion zu erkennen. Für beide Affektionen eine tuberkulöse Ätiologie anzunehmen, hält Bornemann für nicht angängig. Der dritte Fall war ansgezeichnet dnrch ein Erysipelas perstans, durch das gleichzeitige Vorhandensein eines klinisch wenigstens als Lichen scrophulosorum zu diagnostizierenden Exanthems, durch das Vorhandensein von Lupus erythematosns auf der Vaginalschleimhaut. Die Sektion in diesem Falle ergab, dass kein der Hautaffektion zngrnnde liegendes tuberknlöses Leiden aufzudecken war. (J.)

Thibierge (129) hatte Gelegenheit, den von ihm im Jahre 1891 unter dem Namen Atrophodermie érythémateux en plaques à progression excentrique beschriebenen Fall zirkumskripter, fleckiger Hautatrophie durch weitere 14 Jahre zn beobachten. Das Auftreten von neuen Lokalisationen am behaarten Kopfe nnd deren klinischer Aspekt veranlassen den Verf., die Affektion als eine besondere Form des Lupus erythematosus zu deuten. Dieselbe Überzeugung gewinnt er auch ans der kritischen Betrachtung einer Reihe fremder und mit seinem Falle identischer Beobachtnngen. Es sind dies Jadassohns Anetodermia maculosa cutis, Nielsens Atrophodermia erythematosa maculosa mit exzentrischer Verbreitung, die beiden von Henss mitgeteilten Fälle von Atrophia maculosa cutis, Dn Castels Plaques atrophiqnes du front avec cercle limitrophe papnlo-pigmentaire et papules isolées pigmentaires périphériques und endlich die dermite faciale atropho-hypertrophiqne en aires à progression excentriqne von Beurmann und Gougerot. Alle diese Fälle bilden einen gut charakterisierten klinischen Typns, dessen Einzelheiten ausführlich wiedergegeben werden. Seine Zugehörigkeit zum Lupus erythematosus gründet sich hauptsächlich auf die Art der Verteilung, Lokalisation, Form und Grösse der Krankheitsherde, ihre Ent-

wickelung, auf die Tatsache, dass die Affektion nur weibliche Individnen hetreffe nnd in fast allen Fällen mit tuberkulösen Erkrankungen dieser vergesellschaftet war; dagegen sind die klinischen Differenzen, namentlich der Mangel der für Lnpns erythematosns charakteristischen Schuppenbildung und der atrophische Charakter des Involntionsstadiums, der sich von dem ansgesprochen narhigen Aussehen analoger Stadien des Lnpns erythematosus wohl nnterscheide, keine Gegengründe für eine solche Annahme. Die Affektion repräsentiere eben eine besondere Form des Lnpus erythematosus, charakterisiert durch eine langsame und torpide Entwickelung, bei der die pathologischen Vorgänge an der Oberhaut nnd an den Drüsen von minimaler Intensität sind, sich fast ausschliesslich auf die Cutis beschränken nnd ohne besondere klinisch-entzündliche Reaktionserscheinungen hanptsächlich zu einer Atrophie des elastischen Gewebes führen. (Rn.)

Ein Karzinom hatte sich auf einem abgelaufenen Erythematosusfleck entwickelt; die Patientin Michelsens (88) scheint an Lnngentuberknlose gelitten zu haben. (J.)

Ein und derselbe Fall von Lupus erythematodes wurde dnrch Finger (40) und Sachs (111) vorgestellt. Therapie intern Chinin und Einpinselung von Jothion. (J.)

Oppenheim (99) gab während acht Wochen 110 g Chinin. hisulfuric. und 56 Bepinselnngen mit Jodtinktur; daraufhin an Stelle der Plaques zarte, kaum hemerkhare, etwas deprimierte Narhen. Es ist kein Zweifel, dass diese Therapie allen anderen Behandlnngsmethoden überlegen erscheint. (J.)

Hirsch (58) berichtet unter eingehender Berücksichtigung der Literatur üher sieben Fälle von Erythema induratum, welche im wesentlichen gleiche Resultate wie die bisher bekannten Fälle ergaben. In einem Falle, welcher eingehend nntersucht wurde, und ausführlich von Hirsch besprochen wird, ergab die histologische Untersuchung ziemlich frische, meist herdförmige Infiltrate in der Cutis und Suhcutis, hauptsächlich bestehend aus einkernigen Leukozyten, zahlreichen Mastzellen und mässig reichlichen, neugebildeten Gefässen. Dazwischen befanden sich auch einige epitheloide Zellen nnd wenige Riesenzellen; nirgends fanden sich aher typische Tnherkel mit Nekrose. Die elastischen Fasern fehlen his auf Spuren in den Infiltraten. Der Befund kann also nur den Verdacht auf Tuberkulose wachrufen, und durch den Nachweis von gleichzeitigen skrofnlösen Veränderungen bezw. deren Residuen wird dieser Verdacht noch bestärkt. In den übrigen Fällen konnte eine histologische Untersnchung nicht vorgenommen werden. Anhaltspunkte für die tuberkulöse Natur des Leidens konnten nur aus dem Vorhandensein sonstiger tuberknlöser Erkrankungen oder erhlicher tuberkulöser Belastung gewonnen werden. (Sch.)

Kraus (69) vertritt bezüglich des Erythema indnratum auf Grund seiner eigenen klinischen und histologischen Untersuchungen und des in der Literatur niedergelegten Materials die Ansicht, dass derselbe weder ein klinisch noch histologisch begrenztes Krankheitsbild, sondern ein Sammelbegriff für verschiedene Arten von Veränderungen darstellt, denen allen gemeinsam die begleitende „entzündliche Atrophie des suhkutanen Fettgewebes" ist, deren genaue Scheidung aber eine Aufgabe künftiger Forschung bleibt. Kraus hält zwar die tnberkulöse Natur der Erkrankung in manchen Fällen durch den histologi-

schen Nachweis typischer tuberkulöser Veränderungen und durch lokale Reaktionen auf Alt-Tuberkulin für sicher gestellt, glaubt aber, dass es neben den tuberkulösen (und auch luetischen) Fettgewebsveränderungen auch solche nicht spezifischer Art gibt. Der Umstand, dass es bei diesen entzündlichen atrophischen Vorgängen häufig zu tuberkuloseähnlichen Veränderungen komme, sei aber sehr geeignet, zu Verwechslungen mit nicht echter Tuberkulose zu führen.

Verf. beschreibt ausführlich einen auch histologisch genau untersuchten Fall einer derartigen „entzündlichen Atrophie" des subkutanen Fettgewebes und gibt auch noch einen gleichen Fall von Truffi kurz wieder. (Sch.)

Der Fall von Erythema induratum von Escherich (37) ist dadurch interessant, dass er ein neunjähriges Kind betraf, welches neben den typischen am Bein lokalisierten Erythemknoten noch eine tuberkulöse Spina ventosa an einem Finger hatte. (Sch.)

Die Eruption in Truffis Fall (131) bestand aus verschieden grossen (bis Kleinnussgrösse) Knoten von ovaler, mehr oder minder länglicher Form, über der Faszie verschieblich, von harter, etwas elastischer Konsistenz, über der inneren und vorderen Fläche des linken Oberschenkels regellos verteilt, teils von normaler, teils von bläulicher Haut bedeckt, absolut unempfindlich; es finden sich an dem Schenkel auch Narben von knotigen, vom Arzt inzidierten Infiltrationen herrührend.

Tuberkelbazillen liessen sich nicht nachweisen, und auch Meerschweinchenimpfungen waren negativ. Die tuberkulöse Natur war deshalb auszuschliessen, auch die syphilitische, da eine antisyphilitische Behandlung sich als wirkungslos erwies, ferner Aktinomykose und Neoplasma; vermutlich handelt es sich hier um ein Erythema indurativum Bazin, das pathologisch-anatomisch mit den Befunden verschiedener Autoren grosse Analogien aufweist. Es nimmt von kleinen perivasalen Infiltraten im Unterhautzellgewebe und in den tieferen Hautschichten seinen Ausgang; granulomatöse Veränderungen fehlten; nirgends fanden sich epitheloide Zellen, weder echte Riesenzellen noch käsige Zerfallsprodukte. Die Infiltration begann um die Wände der Fettzellen des Unterhautzellgewebes; die Fetttropfen verkleinerten sich mehr und mehr, je grösser die länglichen dünnen Kerne der Membran wurden, die ihrerseits sich schliesslich wie zelluläre Elemente differenzierten. Die Fettveränderungen ähnelten jenen Formen von umschriebener Atrophie, die entzündlichen Ursachen, die rein örtlich und im Verlaufe der verschiedensten Erkrankungen einzuwirken pflegen, ihre Entstehung verdanken. (Ve.)

Es wird von Borzecki (12) die Langsche Methode der Lupusbehandlung besprochen und die vorzüglichen Resultate, die Dr. Gogulski erzielt hat, hervorgehoben. (B.-v. W.)

Einspritzungen am Locus morbi scheinen nach Kaminer und Meyer (64) keine Verbesserung in der diagnostischen Verwertung des Tuberkulins zu ergeben. In der Diskussion betont Burghart, dass bei der Höhe der Reaktion nicht zum wenigsten die Widerstandsfähigkeit des Kranken von Bedeutung sei. (J.)

Die Annahme der absoluten Wirkungslosigkeit des Kochschen Tuberkulins bei der Verabreichung per os besteht nach Freymuth (46) zu Unrecht; doch tritt eine Wirkung nur bei Ausschaltung der Einwirkung des Magensaftes auf und ist viel unsicherer und schwächer, als

hei der snbkutanen Injektion; immerhin treten in einem gauz erhehlichen Prozentsatz stärkere uud schwächere Reaktionen auf, die ebenso zu beurteilen sind, wie die Reaktion uach Injektion, uämlich als spezifisch tuherkulöse. Das Verhalten gegen die interne Auwendung hildet einen einigermassen zuverlässigen Indikator gegen das Verhalten hei suhkutaner Injektion, indem intern reagierende Patienten meist hoch empfindlich sind, nicht reagierende wenig empfindlich. (J.)

In zwei Fällen von Gesichtslupus, die jeder anderen Behandlung trotzten, vollzog sich die schnelle Rückhildung der Krankheitserscheinung uach Suhlimatinjektionen, die in die dicke Hautschicht eiugespritzt wurden. La Rocca (72) steigerte die Dosen bis zu 1% mit Zusatz von Kochsalz in doppelter Dosis. Die Injektionen wurdeu zuerst in dem peripheren gesunden Gewehe und dann in dem lupöseu Herd verahfolgt; jedesmal wurden wenige Tropfen Lösung in Anwendung gezogen, um jede Hautspannung zu vermeiden, die uur nekrotische Herde hervorgerufen haben würde. (Ve.)

Die Schlusssätze des Referates von Jeanselme und Chatiu (60) lauten folgendermassen: Die Phototherapie, im Sinne Fiusens durchgeführt, giht ausgezeichnete Resnltate; das Verfahren ist schmerzlos, die Narhe ist weich und, was von grosser Bedeutung ist, für die chemischen Strahlen permeabel. Sie eignet sich hesonders für kleine frische, noch unhehandelte Krankheitsherde. Die Radiotherapie hat vor der Phototherapie den Vorzug, dass sich ihre Wirkungen auf grössere Flächen erstrecken. Der Lupus erythematosus wird durch die X-Strahlen geheilt. Die Hochfrequenzströme leisten gute Dienste hei der Behandlung des Lupus erythematosus centrifugum. Nehen den ueueren Verfahren hleiben die alten Behandlungsmethoden, vor allem die Skarifikation und Galvanokauterisation, zu recht bestehen. (J.)

Die Röntgenstrahlen und vor allem die Finseuhehandlung bilden uach Lesser (77) einen ausserordentlich wichtigen Fortschritt. Aber heide Verfahren hahen ihre Grenzen, welche in der grossen Aushreitung, in der Beteiligung der Schleimhaut oder in dem Vorhandensein ausgedehnter Narhen gelegen sein können. (J.)

Auch hei der Behandlung des Lupus vulgaris muss nach Forchhammer (42) dem Allgemeinhefinden des Kranken Rechnuug getragen werden. Uuter den Komplikationen erfordern die Schleimhautaffektionen die sorgfältigste Behandlung. Die Lokalhehandlung der Hautaffektion muss energisch sein; eine jahrelange Beohachtung der Resultate ist notwendig. Durch die Lichthehandlung sind die anderen Behandlungsmethodeu noch nicht hinfällig geworden. (J.)

Die verschiedenen Heilmethoden müsseu nach Leredde (75) in energischer Weise zur Durchführung gelangen, — ein Gesichtspunkt, welcher in den französischen Krankenhäusern wegen ihrer gegenwärtigen Organisation leider nicht in vollem Umfange Berücksichtigung finden kann. (J.)

François (44) zieht die Lichttherapie der Radiotherapie vor. (J.)

Lortet (83) spricht zuerst von seiner Behandlung der Spitzentuherkulose. Um die Haut für die Strahlen einer Bogenlampe durchgängig zu machen, appliziert er auf die Haut eine Mischung von Gewürznelkenessenz mit Spuren von Methylenhlau. Diese Essenz erlauht den Strahlen, durch die Thoraxwände hindurch zu dringen. Zuvor macht er die Haut durch Injektion von Cocain. muriat. hlutleer. In der Lupus-

behandlung erzielt er zusammen mit Genoud die überraschendsten Erfolge durch langdauernde Belichtung und achtet dabei auf Blutleere des belichteten Krankheitsherdes. Ausserdem hat ihn der Zufall an den ägyptischen Mumien ein Antiseptikum und Lupusspezifikum erster Klasse finden lassen. Die Einzelheiten dieser Behandlungsmethode sind im Original nachzulesen. (J.)

Möller (89) berichtet über 121 Fälle von Lup. vulg., behandelt vom Oktober 1902 bis zum März 1905. Die Behandlung ist die gleiche gewesen wie die im Finseninstitute zu Kopenhagen angewandte. In vielen Fällen ohne Komplikationen ist Heilung nur mit Lichtbehandlung erreicht worden, in schwereren oder komplizierten Fällen ist auch andere Behandlung angewandt worden: Mikro-Kauterisation, multiple Skarifikation, Auskratzen mit scharfem Löffel, 95% Karbolsäure nach Powell (besonders wirksam bei tuberkulösen Fisteln), Resorcin-Perubalsam-Mixtur nach Boeck (bei Schleimhautlupus), Formalinbehandlung nach Behm gegen Lupus conjunctivae u. a.

In 3 Fällen ist Marmoreks Antituberkuloseserum versucht worden, doch mit negativem Resultat.

Der Autor teilt den Lupus nach der Pathogenese in

1. primären Lupus; 2. sekundären Lupus, wo die Affektion von dem darunter liegenden tuberkulösen Herd die Haut erreicht hat (per continuitatem); 3. Lupus, assoziiert mit anderen tuberkulösen Affektionen ohne direkte Kontinuität mit dem Lupusaffekte.

Von den 74 Fällen, welche die Behandlung beendet haben, sind 41 (55,4%) geheilt entlassen worden; 34 von diesen sind über 6 Monate nach der Entlassung unter Beobachtung gewesen, und in der Regel ist eine Tuberkulininjektion (mit negativem Resultat) der Entlassung vorausgegangen. Von diesen 41 sind 11 primärer Lupus gewesen, 9 sekundärer und 20 assoziierter Lupus. 22 Fälle sind als geheilt und 11 bedeutend gebessert entlassen worden. (M.-A.)

Zwei Gesichtspunkte sind nach Andry (1a) massgebend: Jeder exstirpierbare Lupus wird exstirpiert, jeder Gesichtslupus, der nicht operabel ist, wird der Lichttherapie zugeführt, und zwar kommt der Apparat von Marie zur Verwendung. Kauterisation und Skarifikation werden nicht mehr geübt; von der Radiotherapie hält Audry nicht viel. Den Nasenaffektionen weist Andry die grösste Sorgfalt zu; solange die Schleimhäute nicht in Ordnung sind, kann man auf eine Heilung des Lupus nicht rechnen. (J.)

Kleinere Herde von nichtulzeriertem Lupus müssen nach Gaucher und Gaston (47) operiert werden. Kleine ulzerierte oder nichtulzerierte Herde können zweckmässig mit dem Thermokauter behandelt werden; beim ulzerierten Lupus empfehlen sich die chemischen Ätzmittel. Die Lichttherapie ist im allgemeinen als das beste Verfahren zu bezeichnen; aber es nimmt lange Zeit in Anspruch, ist teuer, nicht für jedermann erreichbar, auch bei bestimmten Lokalisationen nicht verwertbar. Die Wirkung der X-Strahlen ist beim Lupus vulgaris eine intensivere, als die der chemischen Strahlen; ihre wesentliche Indikation aber finden sie beim L. erythematosus; die Hochfrequenzströme bewähren sich beim disseminierten Lupus erythematosus.

In der Diskussion macht Leredde aufmerksam auf die traurigen Verhältnisse, welche die lupöse Armenbevölkerung Frankreichs betreffen; er verlangt die Einsetzung einer Kommission, welche dafür sorgen möge, dass der Lupus aus Frankreich endlich verschwinde. (J.)

Was die Verhinderung der Rezidive, was die kosmetischen Effekte betrifft, sind nach Lesser (78, 79) die Resnltate der Finsenbehandlung ausserordentlich günstig; aber man darf auch von dieser Methode nicht znviel verlangen; es giht Fälle, welche für Lichtbehandlung nicht mehr geeignet sind. Auch die Finsenhehandlnng ist unter die Ätzmittel zu rechnen, nur ist die Ätznng eine sehr milde und sorgfältig elektive. Sie hedentet den grössten Fortschritt, der bisher in der Lupustherapie gemacht worden ist.

In der Diskussion erinnert Liebreich an das von ihm empfohlene Kantharidin, ein von Innen den Lupus bekämpfendes Mittel, das schon von alters her als Zellreizmittel hekannt ist; Nierenschädigungen dnrch Kantharidin hat Liehreich nie gesehen. Auch die Applikation von Kantharidinpflaster nnd Jodoform hat gute Resultate ergehen. Levy-Dorn meint, dass nicht nur die chemischen Strahlen, sondern auch die Wärmestrahlen an der Wirknng der Finsenmethode Anteil haben. Holländer weist darauf hin, dass der Schleimhautlupus nach wie vor die Domäne der Heissluftbehandlung bleihe; Blaschko spricht der Ätzmittel-, auch der Tuherkulinhehandlnng, das Wort. Kromayer widerspricht der Ansicht, dass Finsen-, Radium- und Röntgenbehandlung Ätzwirkung haben; eine solche hätte eine unmittelbar entstehende Nekrose zur Voraussetznng. Er erinnert an die Untersuchungen von Wantscher, nach welchen zuerst eine seröse Entzündung des perituberknlösen Gewebes eintritt, welches sich allmählich in Bindegewehe umwandelt; erst zuletzt schwindet das tnberknlöse Gewebe; diese Behandlung ahmt also die physiologischen Verhältnisse der Heilung nach. Senator und Gutmann nehmen anf die günstigen Heilwirkungen des Tuberkulins Bezug. Fritz Lesser möchte den Hauptwert auf die frühzeitige Behandlung legen. (J.)

Unter allen Methoden gibt nach Beurmann und Degrais (9) die Phototherapie die günstigsten Resultate; aber um Zeit zu sparen, tut man gut, andere Methoden zur Unterstütznng heizuziehen. (J.)

Beim Lupus vulgaris ist nach Mally (85) die Lichttherapie allen anderen Methoden überlegen. Beim L. erythematosus ist es vorteilhaft, gleichzeitig noch andere Verfahren anzuwenden, um die Haut für die Lichtstrahlen durchgängig zn machen. (J.)

Das Endresultat der Lichthehandlung heim Lupus ist nach Doutrelepont (23) zu erblicken in Nekrose der pathologischen Zellen nnd Neuhildung von Bindegewebe, entweder aus den Lymphozyten oder aus den Kernen der epitheloiden Zellen oder der fixen Bindegewehszellen.

Auch bei der Finsenbehandlung ist das wesentlichere Moment die entzündliche Reaktion des Gewebes, während eine radikale Abtötung des tuherkulösen Virus erst durch eine lang dauernde Belichtnng zn erreichen sein dürfte. (J.)

Revillet (106) und Vidal (135) empfehlen die intensiven Strahlen der Rivierasonne. In der Eingehorenenbevölkernng von Cannes kommt der Lupns nicht vor; es ist möglich, dass die Intensität des Sonnenlichtes sein Anftreten verhindert. Vidal führt den günstigen Einfluss der Sonne auf ihren Gehalt an Radium nnd Helium zurück. (J.)

Ein Lupus des Gesichtes ist von Halherstädter (51) mit gutem Erfolge hestrahlt worden; an einem Lupus des Oherschenkels entstand ein kleines Geschwür, welches, in toto exstirpiert, mit Keloid abheilte; in diesem Keloid entstand nach zwei Jahren eine zentrale Nekrose, wohl

als Zeichen, dass etwas von dem nekrotischen Gewebe des Röntgen-Ulcus in der Tiefe übrig gelassen worden war. (J.)

Freund (45) wendet sich gegen die Behauptungen, dass es in all den Jahren den Röntgentherapeuten nicht gelungen sei, mehr als sechs radikale Ansheilnngen des Lupus mittelst der Röntgenstrahlen zu bewirken: (J.)

Die X-Strahlen entfalten nach Mally (86) eine sehr beträchtliche Wirknng anf den Lupus, können aber nur ausnahmsweise zu methodischer Verwertung herangezogen werden; dagegen sind sie ausgezeichnet geeignet, die Lichttherapie zu unterstützen. (J.)

Die skrofulodermatischen Herde werden nach Vörner (138), bis zu acht Tagen hintereinander, täglich einmal tuschiert; das abgestorbene Gewebe wird mit scharfem Löffel ausgehoben. Zur Betupfung benützt Vörner eine konzentrierte Auflösung von reiner kristallisierter Karbolsäure in absolutem oder rektifiziertem Alkohol; hierauf wird ein indifferenter Salbenverband angelegt. (J.)

Die Methode Dreuws (25) besteht darin, dass der Lupus nach gründlicher Vereisnng mittelst Chloräthyl mit Wattebänschchen abgerieben wird, welche in Acidum hydrochloricum crudnm getaucht waren, und zwar erfolgt die Abreibung so lange, bis eine grauweisse Verfärbung entstanden ist: Flächenätzung. Nach ein bis zwei Tagen bilden sich branne Borken, welche nach drei bis vier Wochen abfallen; mit diesen fallen eine Reihe von oberflächlich gelegenen Knötchen aus. Nach ein- bis dreimaliger Wiederholung dieser Flächenätzung bekommt man schliesslich ein Lupusfibrom, in welchem die noch vorhandenen Knötchen durch Punktalätzung entfernt werden, d. h. es wird wieder vereist, und dann werden kleine zugespitzte, mit Salzsäure angefüllte Glasröhrchen in die Knötchen eingeführt. Die Durchtränkung des Gewebes mit Salzsänre bewirkt eine Umstimmung der chemischen Affinitäten aller Gewebsbestandteile, welche bei der Dentung der mikroskopischen Befunde znr Vorsicht mahnt. Die Vorteile der Methode sind gelegen in ihrer Billigkeit und Einfachheit, in ihrer Verwendbarkeit durch jeden praktischen Arzt, in ihren guten kosmetischen Resultaten. (J.)

Die Methode Juliusbergs (61) wirkt intensiver als die mit Äthylchlorid und kann gleichfalls mit der Salzsäurebehandlung nach Drenw kombiniert werden. Ein Lupus erythematosus wurde drei Wochen lang je einmal in der Woche gefroren und ist fast vollständig geheilt; ein anderer Erythematosns, erst einmal gefroren, zeigt die daran im Anschluss auftretende Blasenbildung. (J.)

Die Chlorzinklösung, die Calvé (17) verwendet, ist 10%-ig. (J.)

Butte (16) zählt die Anhänger seiner Methode auf, deren es in den letzten Jahren immer mehr geworden zu sein scheinen. (J.)

Lupöses Gewebe ist nach Billet (10) dem Phenol gegenüber äusserst empfindlich; was nicht reagiert, ist kein Lupus. Im Gegensatz zu den Säuren verursacht das Phenol keine entstellende Narbenbildung; der kosmetische Effekt ist tadellos. Selbst bei Applikation des Mittels über grossen Krankheitsherden, auch ulzerierten, sind Intoxikationserscheinungen nicht aufgetreten. Seine eminente Wirksamkeit wird am besten durch die Tatsache illnstriert, dass diese Methode bei solchen Patienten zum Ziele geführt hat, welche die üblichen Behandlungsmethoden schon Jahre hindurch mit negativem Erfolge über sich haben ergehen lassen. (J.)

Strebel (128) macht darauf anfmerksam, dass er das von Snchier angegebene Verfahren der Lupusbehandlnng mittelst statischer Elektrizität schon vor Suchiers Veröffentlichung gekannt, geübt und in seiner Publikation über die Verwertnng kontinuierlicher, hochgespannter, hochfrequenter Funkenströme anch erwähnt hat. Strebel zieht den Inflnenzfnnken die Hochfreqnenzfunken des Induktoriums vor; sein Verfahren wirkt rascher, und die Tiefenwirknng ist hier eine beträchtlichere, so dass man der Kurettage vollkommen entraten kann. Als Stromqnelle benützt Strebel einen grossen Induktor, wie er auch für Röntgenzwecke verwendet wird; die Seknndärströme werden zum Primärsalmoid geleitet und von da zu einem richtig abgestimmten Resonator; von dessen Schlnssklemme entnimmt er den Hochfrequenzstrom mittelst Leitungsschnur und einer eigenen Elektrode. Die Spitze dieser setzt er vor dem Einschalten des Stromes auf die Haut und entfernt sie erst nach dem Einschalten des Stromes auf die erforderliche Distanz von 1—2 mm. Ist nach wenigen Sekunden Weissverfärbung eingetreten, wird der Strom unterbrochen; mittelst Pinzette wird die Epidermis abgezogen; dann wird wieder eingeschaltet und nochmals 10—15 Minuten der Funkenstrom appliziert. Ganz hesonders für die Zerstörung des Schleimhautlupns stellt diese Methode ein geeignetes Verfahren dar, weil man Tiefenwirknng, Dosierung und bequeme Etabliernng der Elektrode nach Belieben in der Hand hat. Die von Strebel erzielten Erfolge stehen denen der Lichthehandlung hezüglich des kosmetischen Effektes nahe, übertreffen sie aber hezüglich der raschen Heilnng Den Reaktionsvorgang im kranken Gewehe erklärt sich Strebel als eine durch Elektrifikation hedingte molekulare Zertrümmerung der Lnpusknoten, welche nach der Desorganisation teilweise mit der Sekretion abgestossen, teilweise auch dnrch die heftige Arbeit der reaktiven Entzündung resorhiert werden. Die gleichzeitige Einwirkung von Ultraviolett und Ozon aus den Funken hält Strebel der Kürze der Einwirkungszeit wegen für ausgeschlossen. (J.)

Wenn bei Röntgenhehandlung des Lupus im bestrahlten Gehiete Lupusknötchen restieren oder neue auftauchen, werden diese nach Görl (50) in rascher und fast schmerzloser Weise mit Hochfrequenzströmen entfernt. (J.)

Den Vorzug mnss man nach Hallopeau (53) den einfachsten, billigsten, raschesten Methoden geben. Beim Lupus mnss man genau zwischen den offenen und den geschlossenen Formen unterscheiden: die offenen Formen indizieren die Applikation des Kalium permanganicum nach voransgegangener Skarifikation; hei den geschlossenen Formen empfehlen sich die chemischen Kauterisationen. In gleicher Weise erhält man gute Resnltate von der Lichttherapie; aber sie hat ihre Schattenseiten. Bei der Radiotherapie hat man schwere Komplikationen zu befürchten. Operative Behandlung nnd Radinmapplikation sind für die kleinen Herde zu reservieren. Der Lnpus erythematosns kann durch die Radiotherapie rasch zum Schwinden gehracht werden. Die Toxi-Tuberknlide schwinden rasch nnter dem Einfluss der Behandlung mit starken Lösungen von Kalium permanganicnm. Lokale Insolationen können nnter Umständen nützliche Unterstütznng gewähren. Tuherknlininjektionen sind zu verwerfen. (J.)

Anch schon vor Finsen hat man, wie Brocq (14) erklärt, den Lupus zu heilen vermocht. Praktische Gesichtspunkte rechtfertigen es, wenn man die Unzulänglichkeiten des Finsenverfahrens nicht ansser

acht lässt. Bei aller Begeisterung für die wissenschaftliche Bedentung der Finsentherapie gibt es eine Reihe von Faktoren, welche nns mahneu, die alten Behandlungsmethoden nicht zu vergessen. (J.)

Die günstig gelegenen. d. h. von den Schleimhanteingängen fernliegenden und nicht zn ausgedehnten Lnpnsflecke lassen sich nach Unna (133) durch die verschiedensten Methoden leicht radikal und in kosmetisch hefriedigender Weise beseitigen. Die ungünstig gelegenen Lupusstellen bilden das Hauptarbeitsgebiet für die Lnpustherapie der Zukunft; voraussichtlich wird für jeden hesonders schwierig liegenden Fall eine oder die andere Methode schliesslich als die sicherste erkannt werden. Ein historischer Rückblick auf das Gehiet der chemischen Ätzungeu beim Lnpus bildet den zweiten Teil der interessanten Abhandlung. (J.)

XXIV.

Keratosen.

Bearbeitet von **Ludwig Waelsch**-Prag, mit Beiträgen von **Ehrmann**-Wien, **Kanitz**-Klausenburg (im Auftrage von **v. Marschalkó**-Klausenhurg), **Rusch**-Innsbruck, **Selenew**-Charkow, **Verrotti**-Neapel (im Auftrage von **De Amicis**-Neapel), **De Vries**-Amsterdam nnd **Ch. J. White**-Boston.

Literatnr:

1. Adamson, Report of a case of keratosis follicularis. Journ. of cut. dis. Sept.
2. Ahlfeld, Drei Wochen altes Kind mit universellem diffusem kongenitalem Keratom, sogen. Ichthyosis congenita. Ärztl. Verein zu Marburg. 19. VII.
3. Beck, Th., De la psorospermose folliculaire végétante ou maladie de Darier. Thèse de Lyon.
4. Bering, F., Znr Kenntnis der Hyperkeratosen. Arch. f. Dermat. n. Syph. Bd. 76. S. 379.
5. Bukovský, J., Psorospermosis follicularis vegetans Darier. Arch. f. Dermat. n. Syph. Bd. 75. S. 279.
6. Chirivino, Nota da servire allo studio dell' acanthosia nigricans. (Società ital. di Dermat. e Sifilografia. Dicembre. vedi Giorn. it. delle malattie veneree e della pelle. 1906. Heft 1).
7. Csillag, J., Zur Identität der Parakeratosis variegata mit einigen anders benannten Krankheitsformen. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 76. S. 3.
8. Dersslhe, Adat a parakeratosis variegata (Unna, Santi, Pollitzer) ès a dermatitis psoriasiformis nodnlaris (Jadassohn) stb. nevü kóralakok azonosságához. [Zur Identität der Parakeratosis variegata mit einiges anders benannten Krankheitsformen]. Orvosi Hetilap. Nr. 13.
9. Decroo, J., La kératose essentielle des extrémités congénitale et héréditaire; sa pathogénie. Thèse de Paris.
10. Dufort, J., Maladie de Darier. Thèse de Toulouse.

10a. Ewdokimow, W. N., Ichthyosis hystrix diffusa. Aus der Klinik von Prof. Selenew. Protokolle der Charkower dermatologischen nnd venerologischen Gesellschaft. Sitznng am 25. Oktober. Russisches Jonrnal der Haut- and venerischen Krankheiten. T. X. Dezember.

11. Fasal, Hngo, Ein Fall von Darierscher Krankheit. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 74. S. 13.

12. Friolet, H., Über Ichthyosis circumscripta der Areola mammae. Münch. med. Wochenschr. S. 1818.
13. Hallopeau et Douré, Sur un cas d'acné cornés dorso-lombaire à évolution avec folliculites non suppuratives. Soc. de dermat. et syph.
14. Heidingsfeld, Porokeratosis (Mibelli). Journ. of cut. dis. Jan.
15. Jackson, A note of treatment of ichthyosis. Journ. of cut. dis. Dez.
16. Kaiser, Fall von Inanitions-Keratomalacie mit tiefen Abszessen (Gummi?) und grossem papillomatösem verhorntem Tumor des Knies. Breslauer Dermat. Verein. 6. VI.
17. Lameris, Ichthyosis follicularis mit Hornhautveränderungen. (Sitzung der „Nederlandsche Vereeniging voor Heelkunde"). Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde II. S. 1524.
18. Leduc, S., Guérison d'un cas d'ichthyose par la radiothérapie. Arch. d'électricité méd 10. September.
19. Derselbe, S., La radiothérapie de l'ichthyose. Sem. méd. S. 440.
20. Leiner, Demonstration eines Aquarells: Ichthyosis nach Scharlach. Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 22. II.
21. Derselbe, Kind mit Ichthyosis nitida. Ges. f. innere Medizin u. Kinderheilk. in Wien, pädiatr. Sektion. 2. III.
22. Lewandowsky, Felix, Über Lichen spinulosus. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 73. S. 343.
23. Mibelli, V., A propos de deux nouveaux cas de parakératose Annales de dermatologie et de syphiligraphie. 4e série. Tome VI. S. 503).
24. Derselbe, A propos de l'article de M. Truffi „sur un cas de parakératose systématisée (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. 4e Série, tome VI. S. 595).
25. Nobl, Geschwisterpaar mit Ichthyosis nitida et serpentina familiaris (ein weiterer Bruder mit Verhornungsanomalien am Knie und Ellenbogen, sowie hochgradigem Lichen pilaris) (mit Diskussion von Leiner). Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 8. II.
26. Pinkus, Fall von Keratoma hereditarium. Verhandl. der Berliner Dermatol. Ges. 9. V.
27. Riehl, Kind mit Keratosis diffusa congenita. Ges. der Ärzte in Wien. 19. V. (Diskuss. J. Neumann).
28. Rieländer, Fall von Ichthyosis congenita schwerster Art. Med. Ges. in Giessen. 25. VII.
29. Rille, Fall von Psoriasis vulgaris und Keratoma hereditarium palmare et plantare. Med. Ges. zu Leipzig. 27. VI.
30. Šamberger, Franz, Zur Pathologie der Hyperkeratosen. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 76. S. 241.
31. Derselbe, Zur Pathologie der Hyperkeratosen. II. Arch. f. Dermatol. und Syphilis. Bd. 77. S. 173.
32. Schindler, Fall von Keratoma palmare hereditarium. Breslauer Dermat. Verein. 6. VI.
33. Schwab, Keratoma palmare et plantare hereditarium. Breslauer Dermatol. Vereinigung.
34. Selenew, J. F., Exsudationen und Keratosen. Dermatol. Zeitschr. S. 570 und Russ. Zeitschr. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. Nr. I.
35. Smiriagin, M. G., Fall von Ichthyosis hystrix striata bullosa. Protokolle der Charkower Dermatologischen und Venerologischen Gesellschaft. Sitzung am 29. März. Russisches Journal der Haut- und venerischen Krankheiten. T. X. September-November.
36. Sorrentino, G., Keratoma palmare et plantare hereditarium. Giorn. ital. mal. ven. e della pelle. Heft 5. S. 557.
37. Truffi, M., Sur un cas de porokératose systématisée Annales de dermatologie et de syphiligraphie. 4e série, tome VI. S. 521.
38. Ullmann, Fall einer Kombination von Ekzem und Ichthyosis. Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 8. II.
39. Derselbe, Fall von Lupus erythematodes und Keratoma hereditarium palmare et plantare. Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 29. III. (Disk. Neumann, Ehrmann).
40. Wechselmann, Fall von Keratosis pilaris rubra, vielleicht auch Prurigo (mit Diskussion von Blaschko, Lipman-Wulf, Rosenthal). Verhandl. der Berliner Dermatol. Ges. 14. II.

Selenew (34) beobachtete einen Fall von Ichthyosis hystrix mit Blasenbildung (Ichthyosis hystrix bullosa), sowie einen Fall von Pemphigus foliaceus mit Übergang in Ichthyosis hystrix und sieht darin einen Beweis, dass zwischen den Keratosen und einigen exsudativen Prozessen ein pathogenetischer und ätiologischer Zusammenhang besteht. Der Pemphigus mit Ichthyosis hystrix hatte an den unteren Extremitäten grosse Blasen, was nach Selenew auf eine gemeinsame ätiologische Ursache und Pathogenese hinweist. In dem Fall von Pemphigus foliaceus fanden sich an den Fussrücken und der unteren Hälfte der Unterschenkel schmutziggraue Hornsäulen bis zu einer Höhe von $^2/_3$ cm, nach Aussehen und histologischer Beschaffenheit mit denen der Ichthyosis bystrix identisch. Nach Schilderung der histologischen Befunde bei beiden Patienten bespricht Selenew das klinische und mikroskopische Bild von Pemphigus vegetans, Dermatitis exfoliativa Wilson, Erythema exsudativum ichthyosiforme und Psoriasis. Das Erythema exsudativum ichthyosiforme verlief zuerst als typisch lokalisiertes exsudatives Erythem, an das sich ichthyotische Prozesse, in einem Falle mit Hautatrophie, anschlossen. Auf Grund seiner Beobachtung und histologischer Untersuchungen kommt Selenew zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Die exsudativen Keratosen (die symmetrischen und allgemeinen) weisen deutlich auf die Beteiligung des Nerven- und Gefässsystems (des zentralen) an der Ätiologie der Keratosen selbst hin; die Möglichkeit des Auftretens von freiem Exsudat auf der Hautoberfläche ist häufig durch die histologischen Veränderungen der Gewebe (Hyperämie, Ödem des Derma, des Rete Malpighii, vakuoläre Degeneration des letzteren, nahe Entfernung zwischen den papillären Gefässen und der äusseren Hautoberfläche) bedingt.

2. Die Bildung von Blasen (erythematoider, pemphigoider) bei Ichthyosis und Pemphigus (foliaceus und vegetans) geht in gleicher Weise in den verschiedenen Schichten der Epidermis (der Hornschicht und des Rete Malpighii) und selbst an der Grenze zwischen dem Rete Malpighii und dem Derma vor sich.

3. Die Ablösung der Epidermis in grosser Ausdehnung bei Pemphigus foliaceus hängt von der Unterminierung der verschiedenen Schichten der Epidermis auf verschiedenen Höhen durch das Exsudat ab, bleibt aber keineswegs ausschliesslich im Stratum lucidum lokalisiert. Die nämliche Ablösung kann bei sämtlichen umfangreichen Exsudationen (bei Ichthyosis hystrix bullosa, bei Erythema, bei Pemphigus) beobachtet werden.

4. Die exsudativen Keratosen (Pemphigus foliaceus) können in trockene übergehen und ichthyosiforme Hornhautansammlungen der Haut geben.

5. Die Bedeutung des exsudativen Prozesses wird durch die Möglichkeit der Bildung von Bläschen und Blasen im Rete Malpighii bei Ichthyosis und Pemphigus (foliaceus und vegetans) verallgemeinert.

6. Hypertrophie der Papillarschicht wird sowohl bei Pemphigus foliaceus wie auch bei Pemphigus vegetans beobachtet, mit dem Unterschiede jedoch, dass sie bei dem letzteren warzenförmige Wucherungen bildet und histologisch selbst dort nachgewiesen werden kann, wo diese Wucherung klinisch nicht wahrnehmbar ist.

7. Die Eosinophilie ist beim Pemphigus foliaceus keine Regel.

8. Die Assimilierbarkeit des Stickstoffes unterscheidet sich bei mit Pemphigus foliaceus behafteten Menschen von derjenigen bei gesunden Menschen nicht.

9. Bei Dermatitis exfoliativa treten scharf hervor: Erscheinungen von Parakeratosis, Atrophie der Papillen nnd des Rete Malpighii und schwaches Ödem des Derma und der Epidermis.

10. Dieselbe Exsndation (Psoriasis madidans), Borkenbildung (Psoriasis crustosa, erythematosa, favoides) nnd Wncherung der Papillen (Psoriasis vegetans), Hornhantgebilde (Psoriasis cornea) können auch bei Psoriasis beobachtet werden.

11. Schliesslich kann das Erythema exsndativum in ichthyöse Form (Erythema ichthyosiforme) nebst Atrophie der Haut (Atrophia idiopathica cutis übergehen. (W.)

Die Hornhautauflagerungen wurden von Schindler (32) durch 30% Salicyl-Kreosot-Seifen-Pflaster vollständig abgeschält. Vier Wochen nach Beendigung der Kur waren die Hände rezidivfrei. (W.)

24jährige Frau aus Schwabs Beobachtung (33); seit frühester Jugend bestehend, seit mebreren Generationen lant Stammbaum fast sämtliche Familienmitglieder befallen.

Die Hornauflagerungen, ausschliesslich anf Palmae nnd Plantae, sind durch einen blauroten Saum von der normalen Haut getrennt. An den Streckseiten der Arme leichte Keratosis pilaris. Bei dem sieben Wochen alten Kinde der Frau finden sich an einzelnen Stellen volar an den Interphalangealgelenken umschriebene Schuppenauflagerungen, an der hinteren Hälfte der Planta starke Hornschwarte; sonst bei dem gut entwickelten Kinde keine Abnormitäten. (W.)

20jährige Patientin von Pinkus (26) mit Keratoma besonders an Palmae nnd Plantae, aber auch am Dorsum der Hände und Füsse und am rechten Knie. Die jüngere Schwester hat dasselbe Leiden, fünf ältere Geschwister und die Aszendenz sind hautgesund. Der Fall entspricht mehr dem von Möller 1904 und den von Neumann (Mal de Meleda (1900) veröffentlicbten Fällen, als dem typischen Keratoma palmare et plantare hereditarium. (W.)

(36) Krankengeschichte einer mit Keratose der Hand- und Fusssohle belasteten Familie. In der ersten Generation ist die Existenz der Krankbeit zweifelhaft. In der zweiten Generation ist ein Mann davon ergriffen; von diesem ist ein Sobn und eine Tochter immun, zwei Kinder sind jedoch damit behaftet. In der vierten Generation zeigen zwei Söhne der einen erkrankten Tochter und ein Sohn des immunen Sohnes die Affektion. In der fünften Generation sind drei Töchter des einen dieser erkrankten Glieder mit dem Leiden behaftet, eine Tochter blieb immun. Insgesamt neun Krankheitsfälle bei 12 Familiengliedern.

Sorentino hat eine Frau der fünften Generation beobachtet. Die Veränderungen sind die gleicben, wie sie anch von anderen Autoren beschrieben worden sind. (V.)

Die Geschwister, ein 5jähriges Mädchen und ein 3jähriger Knabe aus Nobls (25) Praxis leiden seit dem ersten Lebensjahr an der Erkrankung, die sich beim Mädchen an einen langwierigen mit Rötung, Schnppung und Nässen einhergebenden Ausschlag angescblossen baben soll, beim Knaben obne vorausgegangene Erkranknng sich allmählicb entwickelt hat. Das dritte Kind, ein 6jähriger Knabe, zeigte an den Knien und Ellbogen Verhornungsanomalien, sowie hochgradigen Lichen pilaris. Eltern und Aszendenz sind hautgesund.

Die Haut zeigt allenthalben das Bild der Icbtbyosis serpentina, aucb die Gesicbtsbaut ist ergriffen; Palmae und Plantae frei, dagegen zeigen die Gelenksbengen, trotz des nicbt zu scbweren Krankbeitsbildes, exqnisit icbtbyotiscbe Veränderungen.

In der Diskussion weist Leiner hin anf die Veränderung einer derartigen Hant bei Scbarlacb (follikulärer stark schuppender Scharlach). Heilung der Icbthyosis nach Scharlacb (Hebra, Nenmann) hat er nicht beobachtet. (W.)

Bei der 28jäbrigen Fran, welche 1901 normal geboren, sah Friolet (12) in jeder Areola mammae eine grössere Anzabl dicbt bei einander stebender, dnnkelbrannschwarz pigmentierter Exkreszenzen, welcbe kranzartig die im übrigen intakten Brustwarzen umgaben. Einzelne dieser Gebilde sassen warzenartig, breitbasig der Unterlage auf, andere waren mebr kolbig mit dünnen Stielen, wieder andere waren zngespitzt. Die tiefen Furchen zwischen den einzelnen Exkreszenzen waren von Scbmutz stellenweise erfüllt, so dass die Gebilde untereinander verbacken waren. Keine Entzündung, kein Nässen, keine Krustenbildung. Anf der linken Brust nmgaben diese Effloreszenzen als völlig gescblossener Kranz die sonst normale Mammilla, von der sie durcb eine schmale Zone ganz intakter Areola getrennt waren.

An der rechten Brust sind sie gruppenweise über den Warzenbof zerstreut, die Brustwarze intakt; die übrige Körperbaut ist normal.

Patientin bemerkte zum erstenmal als 12jäbriges Mädchen ein einzelnes warzenartiges, brannes Gebilde in einem Warzenhofe; im Lanfe der Jabre traten nene auf. Beim Schwitzen füblte sie lokal ein Brennen und bestricb deswegen die Stelle mit Rahm und konnte dann durch energisches Wascben die erweicbten Warzen entfernen. Sie bildeten sich jedoch nach einiger Zeit wieder von nenem aus. Diese Rezidive entstanden znerst in Form eines blauschwarzen Flecks, auf dem erst dann die Warze sicb entwickelte. Znr Zeit der Menses jncken nnd brennen diese Stellen und sind dann sebr empfindlich. Die Mutter hatte die gleiche Affektion, die Schwester normale Brustwarzen. Nacb Erweicbnng durcb Olivenöl liessen sie sich mit feucbtem Wattebausch entfernen. Seit der Geburt des Kindes sind sieben Monate ohne Rezidiv verflossen.

Per exclusionem (spitze Kondylome, Ekzem etc., Exzision war nicbt möglich), gelangt Friolet zur Diagnose „zirkumskripte Ichtbyose." Dafür spricbt der Umstand des Bestebens seit der Kinderjahre und die Familiarität. (W.)

Nach Schilderung der Symptome dieser seltenen Krankheit bemerkt Riehl (27), dass die in der Literatur vom Jahre 1792 bis jetzt beschriebenen 55 Fälle in der Mebrzabl nur eine Lebensdauer von Stunden oder wenigen Tagen erreicht baben; dass aber auch Beobacbtungen bekannt sind, nach welchen die Kinder ein Alter von Monaten bis zu zebn Jabren erreicbt baben. Die Keratombildnng kann sebr bochgradig sein, (panzerförmige Hornplatten, die beim Wachstum des Fötus bersten mit konsekutiver Wachstumsbemmung, Verbildung der Lider, Obren, Lippen, daber Unmöglicbkeit zu saugen); solcbe Kinder gehen rascb zugrunde. Sie kann aber auch in mässigen Graden entwickelt sein und braucbt dann die Funktion der Organe nicbt zn stören; die Kinder bleiben am Leben. Ein solcher ist der demonstrierte Fall, ein 1½ Jahre altes Mädcben einer gesunden Mutter; das erste Kind ist ebenfalls normal. Der Vater ist gesund; keine Konsanguinität der Eltern. Das Kind ist etwas im Wacbstum zurückgeblieben nnd zeigt keine

Krankheitserscheinung ausser dem Hautleiden. Der behaarte Kopf ist von einer harten zerklüfteten Hornschale bedeckt, die teilweise durch Haarbüschel durchbrochen ist. Beide Ohrmuscheln sind in ihren oberen Hälften in schwielige Hornmassen eingebettet, an den Schädel fixiert. Der Stamm trägt einen mässig dicken Hornpanzer, der durch Furchen in einzelne Schilder zerteilt ist und eine Dicke von 1—3 mm besitzt. An den Armen ähnliche Anflagerungen, besonders an den Beugen. Auffallenderweise, und das zeichnet den Fall besonders aus, ist die untere Gesichts- und Körperhälfte frei. Nasenspitze und -Flügel, sowie Lippen sind normal; es handelt sich also um eine partielle Ichthyosis foetalis.

Der Fall ist von v. Zumbusch in der Wiener klinischen Wochenschrift 1905, No. 32, ausführlich publiziert. (W.)

Das Kind aus Ahlfelds Praxis (2) zeigt alle Symptome eines mittelschweren Falles dieser Erkrankung: Ectropium der Augenlider und Lippen, mangelhafte Entwickelung der Ohren und Nase, Krallenstellung der Finger und Zehen. Die Ernährung des Kindes erfolgte mit der Flasche. Protrahierte Kleienwasserbäder zweimal täglich tuen dem Kinde augenscheinlich gut. Trotz reichlicher Nahrungszufuhr hat es 600 g an Gewicht abgenommen und Pergamenthaut behalten. Die Abschuppung war in der ersten Woche enorm, die tiefen Hautrisse, die leicht zu Eiterung neigen, bedürfen ganz besonderer Aufmerksamkeit. (W.)

Nach Abblassen des Scharlachs auf ichthyotischer Haut kommt es nach Leiner (20) zunächst zu einer feinblätterigen Abschuppung, dann treten feine, durch das durchschimmernde Corium rötlich verfärbte Leisten auf, die auf der Höhe der Kante einreissen und dadurch seichte, von Epidermisfetzen begrenzte Rhagaden entstehen lassen. Der Prozess schreitet langsam über die ganze Hautoberfläche weiter und führt zu einer netzartigen Zeichnung von ineinander übergehenden roten Hautfurchen, die blasse, leicht abschuppende Hautpartien einsäumen. Die Abheilung erfolgt dann in der Weise, dass die Furchen seichter und breiter werden, die Epidermislamellen sich abstossen und die rote Verfärbung wieder verschwindet. Nach Ablauf des Prozesses hat die Haut für einige Zeit ihre ichthyotische Beschaffenheit verloren. (W.)

Achtjähriges Mädchen mit besonders massiger Ichthyose hauptsächlich an der Streckseite der Ellbogen und Kniegelenke; auffallende Trockenheit der Haut zeigt sich auch an den schuppenfreien Stellen (Gesicht, Beugen der Ellbogen und Knie, Handflächen und Fusssohlen; an den Palmae und Plantae sind die normalen Furchen deutlich markiert. Leiner (21) weist darauf hin, dass die ichthyotische Hautbeschaffenheit auf interkurrente Krankheiten insofern einen Einfluss nimmt, als diese dadurch einen ausgesprochenen follikulären Charakter annehmen. (Ekzem, Psoriasis, Lues, auch akute Exantheme, besonders Scharlach.) Abgesehen von dem follikulären Charakter des Scharlachs war auch der Schuppungsverlauf ein anderer. (Siehe Referat über Leiner: Demonstration eines Aquarells von Ichthyosis nach Scharlach.) (W.)

Das Kind in Rieländers (28) Fall konnte vier Wochen am Leben erhalten werden; bisher waren neun Tage die längste Zeit, die ein so schwerer Fall lebte. (W.)

Bei Ichthyosis auf Grund gestörter Magen- und Gallenfunktion wurden von Jackson (15) Magenausspülungen mit schwachen Natronkarbonatlösungen vorgenommen. Intern wurden Pillen von Calomel und Extr. hyoscyami verabreicht. Diese Behandlung wurde acht Wochen

durchgeführt. Hiernach war die Haut wieder glatt, jedoch noch etwas röter als normal. (W.)

Eine Bäuerin, aus Ewdokimows (10a) Praxis, 18 Jahre alt, erkrankte an Ichthyosis hystrix diffusa im zweiten Jahre nach der Geburt. Der Fall ist interessant wegen der Ausdehnung der Hautkrankheit. Alle inneren Seiten der Extremitäten, die inneren Flächen der Hände, Fusssohlen, die Areolae mammarum und zum Teil Gesicht und Geschlechtsorgane waren beteiligt. An der inneren Fläche der Hände bestanden warzenähnliche Gebilde, an den Fusssohlen nur eine kompakte Keratose mit hämorrhagischen Rissen. (S.)

Fall seltener, von Smiriagin (35) beobachteter Hautkrankheit — Ichthyosis hystrix striata bullosa aus der Klinik von Zelenew. Bei fünfjährigem Knaben erschienen Blasen, als er vier Monate alt war, darauf Flecke (Schuppen), anfangs an der rechten Seite der Brust und später am ganzen Körper. Das Bild der Hautkrankheit besteht jetzt aus ichthyotischen, diffus oder strichförmig schuppenden Stellen im höchsten Grade der Entwickelung (Ichthyosis hystrix), aus Warzen an wenigen Stellen und aus Blasen-Erosionen. Die innere Fläche der Extremitäten wurde auch eingenommen. Histologische Resultate: Spaltförmige Räume in geschwollener Hornschicht, vakuole Degeneration des Rete Malpighi, gewucherte und deformierte Papillen, Ödem der Papillen und des Coriums.

Selenew spricht sich gegen eine Beziehung der systematischen Naevi zu den falschen Ichthyosen aus. Die Warzen und die Blasen bei Ichthyosis hält er für natürliche pathogenetische Komplikationen. (S.)

19jähriger Patient Wechselmanns (40); Auftreten der Krankheit in der sechsten Lebenswoche in Form eines Ausschlages am Kopf und Genitale, im dritten Lebensjahre stark nässender und juckender Ausschlag an den Beinen; vor zwei Jahren erkrankte Gesicht und Kopf. Augenbrauen und Schläfegegend fast kahl bei geröteter Haut. An den Beinen Haut bräunlich, stark verdickt, Reibeisen-Oberfläche; Streck- und Beugeseiten gleichmässig ergriffen. An Augenbrauen, Kinn, Wangen, Kopf und am Rand der kahlen Schläfepartie von einem atrophischen Haar durchbohrte Knötchen; auch am Körper, besonders stark am Mons veneris. Form und Lokalisation der Knötchen, Schädigung des Haarapparates und Symmetrie lassen Wechselmann die Diagnose Keratosis pilaris rubra stellen.

Blascko bezweifelt die Diagnose und hält die Knötchen für Pyodermie bei Prurigo.

Lipman-Wulf hält sie für chronische Folliculitis; bei Keratosis pilaris ist Jucken ungewöhnlich.

Rosenthal glaubt, dass ursprünglich Prurigo vorlag; die pustulöse Dermatitis der Kopfhaut und Augenbrauen sei sekundär.

Wechselmann gibt zu, dass an Prurigo zu denken sei. Die Gesichtsaffektion juckt aber gar nicht und den Kopfausschlag von dem des Körpers zu trennen gehe nicht an. (W.)

Die Mehrzahl der männlichen Mitglieder der von Lameris (17) beobachteten Familie hatte, ausser Ichthyosis follicularis, Abweichungen in Haarwuchs und in der Hornhaut. Immer fehlten die Brauen, bisweilen auch die Cilien; auch die Unterarme und die Kopfhaut unter der Protuberantia occipitalis externa war unbehaart. Die Hornhauterkrankung war eine chronisch progressive oberflächliche Degeneration, welche in die Gruppe der sogenannten „knötchenförmigen" und „gittrigen" Keratitisformen untergebracht werden muss. Genaueres über die Augen-

erkrankung findet sich in Rochads Arbeit (Nederlandsch Tijdschrift von Geneeskunde, 1906, S. 515). (de V.)

(1) Lichen spinulosus der englischen Literatur, hauptsächlich bei Kindern vorkommend, besonders bei Knaben in Form von haarförmigen Hornbildungen an den Follikeln des Körpers, besonders an Mündungen der Talgdrüsen. Keine Entzündung, kein Jucken, gleich also der Acné cornée, Kératose folliculaire und Kératose pilaire engainante der Franzosen. Kombinationen mit Lichen planus sollen bei Erwachsenen vorkommen. (E.)

(22) Ätiologie: unbekannt, vielleicht parasitär; Anatomie: rein follikuläre Erkrankung entzündlicher Natur mit konkomitierender und mit sekundärer Parakeratose resp. Para-Hyperkeratose. Z. T. identisch mit Acné cornée (Acne keratique). (E.)

Der Fall Csillags (7), welchen er längere Zeit beobachten konnte, beweist die Identität der Parakeratosis variegata (Unna, Santi, Pollitzer) mit der Dermatitis psoriasiformis nodularis (Jadassohn, Neisser), indem er aus dem einen in das andere Krankheitsbild überging. Die Parakeratosis variegata stellt bloss eine gesteigerte Form der Dermatitis psoriasiformis nodularis dar, was aber nicht in jedem Falle einzutreten pflegt oder besser gesagt, nicht in jedem gegebenen Moment der Entwickelung des Krankheitsbildes zu sehen ist.

Ob diese Krankeitsform mit der schuppenden Erythrodermie von Brocq und Török identisch sei, kann Autor mangels eigener Erfahrung nicht entscheiden. Der von Csillag beobachtete Fall, eine 65jährige Frau, leidet seit 1904, nachdem chronische Nephritis mit Wassersucht vorausgegangen, an dem Hautausschlag, der ihr keine Beschwerden macht. Bei der anämischen Kranken, welche Ödeme der Unterschenkel (im Harn wenig Eiweiss) aufwies, war die behaarte Kopfhaut frei. Im Gesicht mässige Hyperämie ohne Schuppung, an der Stirnhaargrenze linsengrosse hyperämische Flecke, am Stamm zerstreut kleine schinkenrote Papeln mit silberweissen Schuppen, zahlreiche grössere bis fingernagelgrosse Infiltrate ohne Neigung zu Konfluenz trotz dichter Aneinanderreibung in den Achselhöhlen und an den Oberarmen; spärliche, flachere, an den Streckseiten der Arme und an den Handtellern. In grösserer Zahl sitzen sie in der Umgebung des Genitales, in mässiger Menge an den Unterschenkeln und Plantae. Histologischer Befund: Parakeratose mit geringfügigen entzündlichen Veränderungen.

Die ursprünglich günstig einwirkende Teerbehandlung versagte im Laufe der Beobachtung und es entwickelten sich nun Nachschübe, welche nicht mehr isoliert blieben, sondern an den Glutäalgegenden und Oberschenkeln zu geraden und krummen Reihen konfluierten, welche ineinander übergehend und sich vielfach berührend, ein Netzwerk entstehen liessen, das grössere und kleinere Hautinseln umschliesst. Ein weiterer Nachschub während fortgesetzter Teerbehandlung zeigte dieses Bild auch am Stamm und den oberen Extremitäten.

Die erste Eruption dieser Krankheit entsprach also der Dermatitis psoriasiformis nodularis, die folgenden der Parakeratosis variegata. (W.)

Ein auf der Abteilung des Prof. Róna von Csillag (8) beobachteter Fall entscheidet die Frage im Sinne der Identität beider Affektionen. Das einzige Unterscheidungsmerkmal besteht darin, dass bei der Dermatitis nodularis psoriasiformis die einzelnen Effloreszenzen nicht miteinander konfluieren, bei der Parakeratosis variegata hingegen

ein solch dichtes Netz bilden, dass bloss kleine Hantinseln frei bleiben. Im vorliegenden Falle waren anfangs hanfkorn- bis linsengrosse Herde im Gesicht, am Hals, Brust, Bauch, Schultern, Achselhöhle, Oberarmen, Vorderarmen vorhanden, welche später zu verschieden geformten Reihen miteinander konfluierten. Die Eruption entsprach daher anfangs dem Jadassohnschen Typus, während bei der folgenden Eruption die Effloreszenzen grossenteils dasselbe Bild boten, wie es von Unna bei der Parakeratosis variegata beschrieben wird. (v. M.-K.)

Der Hantausschlag des Fasalschen (11) Kranken besteht seit dem 8. Lebensjahre, anfänglich nur an der Brust; im 14. und 15. Lebensjahre trat er stärker im Gesicht und hinter den Ohren auf, am stärksten in der jetzigen Ausbreitung während der Militärdienstzeit, seither blieb er ziemlich konstant. Patient hat ausserdem einen teilweisen Defekt des rechten Brustmuskels mit auffallend geringer Behaarung. Am ganzen Körper des Kranken, am Kopf, Gesicht, Hals, Extremitäten, über dem Sternum, wie überhaupt an den Prädilektionsstellen des Ekcema seborrhoicum finden sich einzelne zerstreute oder gruppierte stecknadelkopf- bis hirsekorngrosse Knötchen, teils kegelförmig, teils flach, die älteren von einer schmutzig gelbbraunen Borke bedeckt, welche mit einem konischen Zapfen in eine Vertiefung des Knötchens passt. Die Knötchen sind nicht ausschliesslich an die Haarfollikel gebunden; am behaarten Kopfe sind sie bedeckt von gelbbrannen fettigen Krusten, an der Rückseite der Ohren, sowie der gegenüberliegenden Kopfpartie bilden sie einen von schmutzigbraunen fettigen Massen bedeckten, drusigen Herd, der sich aus Längswülsten zusammensetzt. Im Gesicht disseminierte, an der Nasolabialfalte gehäufte Knötchenherde. Sonst am Stamm zerstreute Effloreszenzen, die in der Achselhöhle konfluiert, fettige seborrhoische Anflagerungen tragen. Die Haut der Handrücken, bis auf kleine normale Hantinseln infolge dichter Knötchenanhäufungen wie gefeldert; die der Genitokruralfalten fettig, rissig, nässend, ebenso wie die der runzligen und verrukösen Crena ani von übelriechendem Sekret bedeckt. Die mikroskopische Hautuntersuchung ergab den bekannten Befund mit zahlreichen Corps ronds und grains. (W.)

Erstes Auftreten der juckenden Erkrankung bei der 25jährigen Patientin Sambergers (30) vor einem Jahre an den oberen Extremitäten. Heilung unter verschiedenen Salben, kurze Zeit nach Aussetzen der Behandlung neuerliches Auftreten; letzte Verschlimmerung seit drei Wochen.

An beiden Handrücken, besonders rechts auf dem unteren Drittel beider Vorderarme zahlreiche isolierte konische Effloreszenzen, von ca. Linsengrösse, mit hirsekorngrosser nicht ablösbarer Kruste oder kleiner runder Öffnung an der Spitze, welche aus einer tief in der Effloreszenz sitzenden Höhlung herausführt. Die Effloreszenz hat ungefähr die Farbe der benachbarten Hant, welche fein gerunzelt ist. Heilung unter Zinkschwefelpasta innerhalb drei Wochen.

Histologischer Befund: Die konischen Effloreszenzen sind durch eine Hyperkeratose zustande gekommen, welche zu kugelförmiger Erweiterung des obersten Anteils des Haarfollikels führt (follikuläre Hyperkeratose). Im Corium mässige Gefässerweiterung und geringes kleinzelliges Infiltrat, wegen deren Geringfügigkeit Samberger diese Erkrankung als essentielle Hyperkeratose betrachtet. In der Umgebung der Effloreszenz sind die Hornschichten zu einer kompakten zusammenhängenden Platte verbreitert, ebenso ist auch das darunter befindliche

Rete verbreitert. Die so veränderten Hornschichten überzieben auch eine seichte Bucht des Rete, dadurch entsteht ein ins Corinm hineinragender Zapfen, an dessen nnterem Rande ein Haarfollikel beginnt. Ausser durch die Hyperkeratose ist der Prozess charakterisiert durch erhöbte Kohärenz der Hornschichten.

Nach Besprechnng der einschlägigen Literatnr und der strittigen Pnnkte giht Samherger znm Schlusse folgendes Resumé: 1. Die Keratosis follicularis ist als Erkrankung sui generis zu betrachten.

2. Die Keratosis follicnlaris ist durch Hyperproduktion und Hyperkohäsion der Hornschicht bedingt, was histologisch nachweishar ist. Diese zwei pathologischen Prozesse in dem epidermoidalen Teile der Hant sind dann Ursache aller klinischen Symptome an der Haut, speziell anch im Haarfollikel. Die primäre Verstopfung der Follikelmüudung hrancht man nicht zur Entstehung dieser Veränderungen zu supponieren und es wurde in unserem Falle aucb das Gegenteil bewiesen.

3. Die Haarfollikel sind nicht der einzige, auch nicht der cbarakteristische Sitz der Krankheit. Die Veränderungen in denselben, welche im Verlauf der weiteren Krankheit entstehen, sind sekundären Charakters. Von einem gleichen Prozesse wie die Follikel, und zwar qualitativ und quantitativ ist auch die henachbarte Hautoherfläche ergriffen.

4. Um die sub 2 nnd 3 angeführten Momente durch die Benennung besser auszudrücken, schlägt Samherger vor, diese Erkrankung als Keratosis pseudofollicularis zu hezeichnen. (W.)

Entwickelung der Affektion im achten Lebensjabre des 21jährigen Patienten Sambergers (31). Sie begann zuerst über den Metatarsalköpfen, hald darauf an den Fersen; vor zwei Jahren Exzision sämtlicher hyperkeratotischer Herde; nach vier Wochen Rezidive. Der Vater zeigt dieselben Affektionen, der Grossvater hatte sie angehlich auch.

An den Fusssohlen symmetrische hyperkeratotische Herde, die hyperplastischen Hornschichten der Ferse strahlen von einem Knoten radiär aus; am Rande keine Hyperämie oder Entzündung. An den Innenflächen beider grossen Zehen, über dem Metatarsus der mittleren, an der Aussenseite des Metatarsns der kleinen Zehe kleinere Herde von demselhen Charakter; alle sind sebr druckempfindlich. Starke Hyperidrosis der Füsse; Behandlung erfolglos.

Histologischer Befund eines Hautstückchens, das neben dem Keratom auch henachharte scheinbar gesunde Haut enthielt: an heiden Stelleu Verlängerung der Retezapfen und der Papillen. Die erstere ist in der scheinbar gesunden Haut durch Zellwucherung, in der erkrankten durch pathologische Vergrösserung der Zellen und Erweiterung der Interzellularräume hedingt. Die in der Haut der Umgehung stark entwickelte Körnerschicht nimmt im Herd selbst an Volum ab und verschwindet dort gänzlich, wo das Rete die grössten Veränderungen aufweist. Stratum lucidum in beiden Partien verbreitert, darüber mächtiger Hornschichtstreifen, dessen Zellkonturen sich noch deutlich färhen, während ein darüher gelegener zweiter Hornschichtstreifen sich überhanpt nicht färben lässt.

Die eigenartigen Veränderungen der Retezellen innerhalb des Keratom (Vergrösserung, mangelhafte Färhharkeit, Erweiterung der Interzellularräume) erklärt Samberger in Übereinstimmung mit Körner durch Schweissimhibition; wodurch aher diese entstanden oder was ihre letzte Ursache sei, konnte der Verf. nicbt ergründen. Bei Besprechnng der Differentialdiagnose des Keratoma hereditarium schildert Sam-

berger auch ausführlich einen sehr hemerkenswerten Fall: Eigentümliche hranne Pigmentation mit dazwischen eingesprengten hlassen Flecken an der Banchhaut, sowie Warzen in hyperkeratotischer Haut an Palmae und Plantae bei einem Tahiker, deren Entstehung er auf nervöse Einflüsse hezieht. (W.)

24jähriger Patient Bukovskys (5), erste Erruption vor einem Jahre, vor fünf Wochen Rezidive an den früheren Stellen. Die Haut zeigt dreierlei Erscheinungen:

1. Spärliche harte flache knpferfarhene Papeln mit leicht ahlösbaren Schüppchen an der Oherfläche (ohere Extremitäten, Thorax); um den Nahel herum ist die Haut wallförmig erhöht, gerötet, am Rande Exkoriationen, die gegen den Nahel zusammenfliessen, ehenso nässende Flächen anf geschwollener Hant im Hypogastrium, den Leisten, Genitokruralfalten, Skrotnm und Penis. Dazwischen Papeln mit Schüppchen an der Oherfläche, welche sich in kleine Bläschen umzuwandeln scheinen.

2. Grosse runde Pusteln mit entzündlicher Basis und Borken (nntere Extremitäten, hesonders Unterschenkel).

3. Narhen nnd kreisförmige Pigmentationen (über den ganzen Körper verhreitet).

2. und 3. gehören nicht zum Krankheitshilde. Inguinale Drüsen stark geschwollen. Dnrch die lokale Behandlung verschwanden die umschriehenen Eiterungen, aher nicht das Nässen.

Im weiteren Verlanf der Krankheit traten in den Achseln Papeln und Bläschen auf, inner- und ausserhalh der Haarhälge lokalisiert; nach Aufhören des Nässens schwarz violette Verfärbung der Haut. Um den Nahel ein Wall mit grauer, an der Oherfläche leicht höckeriger Hornschichte. In der Inguinalgegend entstanden warzenförmige Gehilde, später auch am Perineum und den Achseln, mit zeitweise hedeutendem Nässen. Unter Arsenhehandlnng Anfhören des Nässens nnd allmähliches Verschwinden der Warzenwucherungen.

Im Gegensatz zu typischer Psorospermosis üherwiegen im Falle Bukovskys die entzündlichen Symptome, ferner fand sich an den meisten Stellen keine atypische Verhornung, daher auch das Nässen. Die Entwickelung der Erkrankung aus Papeln, die ahnorme Verhornung, wenigstens an einzelnen Stellen, die starke Entwickelung papillärer Wucherungen, endlich die Lokalisation stimmen dagegen mit dem Krankheitshilde Dariers üherein.

Die histologische Untersuchnng der Primäreffloreszenzen zeigte, dass sich die ersten Veränderungen im Stratum grannlosum und corneum abspielen, hei entzündlichen Vorgängen im Corium; es entwickelt sich abnorme Verhornung hei Verlust des Stratum granulosum und starker Akanthose. Die Anfänge der Verhornung entstehen schon einzeln an den Zellen der Stachelschicht, weiters finden sich Hyperplasie der Epidermis anf Kosten der eigentlichen Cutis.

Die parakeratotischen Veränderungen hahen ein starkes Übergewicht üher die normale Verhornung, wodurch die Kohärenz der Hornmassen verringert wird (deswegen makroskopisch hloss geringfügige oder keine Schuppenanhäufung).

Die entzündlichen Symptome im Corinm treten gleich hei Beginn der Entstehung der Effloreszenzen hervor, verursachen scheinhar Bildung von Bläschen und nässende Flächen, welche der gewöhnlichen Therapie trotzen. Die papillären Bildungen hahen ihren Ursprung in dem Versinken der Effloreszenzen in die entzündliche verdickte Haut. (W.)

Klinische Beobachtungen liessen Bering (4) an der Berechtigung einer scharfen Trennung der Hyperkeratosis congenita von der Ichthyosis zweifeln.

Die histologische Untersuchung der Hyperkeratosis congenita ergab neben einem gewissen Kernmangel im snbepithelialen Gewebe, dass die Präparate in ihren Breitenausdehnungen zwei Regionen erkennen lassen, indem zwischen solchen mit ausserordentlich dicken Hornmassen, die in der Basalschicht lockerer, in der oheren festgefügt sind, sich Partien finden, in welchen die Hornmassen sehr dünn und fest geschichtet sind.

An den ersteren Stellen war die Zahl der Talgdrüsen gross, an den letzteren gering, so dass man den Eindruck gewinnt, als ob gewisse Beziehungen zwischen Talgdrüsensekret und der in der Umgebung der Ausführungsgänge hyperkeratotischen Hornschichte beständen, mit der Mengenzunahme der Talgdrüsen anch die Dicke der Hornschichte wachse. Die Talgdrüsen selbst sind normal, ehenso das untere Drittel der Haartrichter; die oberen Teile sind durch konzentrisch geschichtete Hornmassen erweitert.

Die Hornschichten sind von rundlichen, ovalen oder länglichen Lücken durchbrochen, den Resten der Haartrichter, welche eigentümliche rundliche Gebilde enthalten, die Bering mit Neumann für Talgdrüsensekret hält.

Bei Ichthyosis fällt die Kernlosigkeit des Bindegewebes auf, es ist eine homogene, dichte, an elastischen Fasern arme Masse (Sklerose); auch im Bindegewebe des Blutes und Lymphgefässsystems Degenerationserscheinungen; Haartrichter spärlich, leer, in den oheren zwei Drittel Hornmassen; Rete verdünnt, papillenlos, mit teilweiser Zelldegeneration. Stratum granulosum und lucidum fehlen, an ihrer Stelle gleichmässig gefärbte Hornschichten. Auch hier spielen die Talgdrüsen vielleicht eine wichtige Rolle. Die Ichthyosis congenita unterscheidet sich von der Hyperkeratosis congenita durch die Dicke der Hornschichten.

Im Gegensatz zu Kromayer sieht Bering das Wesen der Hyperkeratose nicht in Sklerose des Bindegewebes. Das Keratohyalin lässt er aus dem Zellprotoplasma entstehen. Verdauungsversnche der Hornschichten ergahen Bering, dass hei Hyperkeratosis congenita keine eigentliche Verhornungsanomalie vorliegt, denn sie unterscheidet sich in dieser Beziehung im allgemeinen nicht von der Hornschicht der normalen Fusssohle.

Verhornt ist immer nur die Peripherie der Zellen nnd nicht ihr Inhalt. Bei Ichthyosis erfahren die Hornschichten durch die Verdauung keine wesentlichen Veränderungen.

Mit Hilfe der Gramfärhung konnte Bering anch tinktorielle Verschiedenheiten in den Hornschichten konstatieren; es hestanden Unterschiede in der Stärke der Verhornnng; nnter normalen Umständen findet man mit dieser Färhung in der dicken Hornschicht der Fusssohle zahlreiche violett gefärhte Zellen. Bei Hyperkeratosis congenita sind sie recht selten, feblen ganz bei Ichthyosis. Bei der ersteren sind eine Menge Zellen hellblau, bei der letzteren nnr wenige; je enger und feiner das Relief der Hornzellen, desto fester liegen sie aneinander.

Anf Grund dieser Beohachtungen, aus welchen Bering auf einen doch nur graduellen Unterschied dieser Hyperkeratosen schliesst, kommt er zu dem Schlusse, dass, falls es sich durch klinische Untersnchnngen herausstellen sollte, dass Übergänge zwischen diesen beiden Hyperkeratosen vorhanden sind, dies mit eine Veranlassung sein könne, die Trennung

zwischen zwei nach seiner Überzeugung gleichen Krankheiten fallen zu lassen. (W.)

Kurze Übersicht der Geschichte, klinischen und histologischen Merkmale der Krankheit durch Heidingsfeld (14). Bericht eigener Beobachtungen. Autor weist auf die Wichtigkeit hin, die Mibelli der Verstopfung der Schweissdrüsengänge beimisst; er findet jedoch ähnliche Verstopfung bei Pityriasis rubra pilaris, Prurigo, Ichthyosis, Clavus, Naevus linearis und Dermatitis herpetiformis, kann daher mit Mibelli in diesem Punkt nicht übereinstimmen. Er neigt zu der Ansicht von Tommasoli und anderer, die jeden wesentlichen Unterschied hierbei negieren. (Ch. J. W.)

Es werden zwei neue Beobachtungen dieser Erkrankung durch Mibelli (23) mitgeteilt und auf Grund dieser und der bisher in der Literatur veröffentlichten ca. 40 Fällen eine ausführliche klinische Symptomatologie wiedergegeben. Die histologischen Grundlagen der Affektion, die sehr ausführlich auseinander gesetzt werden, bestehen in einer primären Hyper-Parakeratose mit besonderer Lokalisation und Entwickelung an den Mündungen der Schweissdrüsen und Follikel und in einer sekundären, zur Atrophie führenden Dermatitis. Sie müsse als eine Entwickelungsstörung der Epidermis angesehen werden, eine Annahme, die durch eine Reihe von Tatsachen wahrscheinlich gemacht wird: die erbliche Fortpflanzung der Dermatose innerhalb mehrerer Generationen und bei mehreren Gliedern derselben Familie, der Beginn in früher Kindheit oder in der Jugend, die sehr langsame und fortschreitende Entwickelung der Erkrankungsherde, die, einmal entstanden, nie mehr verschwinden, und zwar bei sonst gesunden Individuen in gelegentlich strich- oder gürtelförmiger Anordnung. (R.)

Mibelli stellt einige in dem Truffischen (24) Artikel enthaltene und von ihm stammende Ansichten richtig, die in ihrer dortigen Fassung Anlass zu Missverständnissen geben könnten. (R.)

Mitteilung eines Falles von Porokeratosis Mibelli durch Truffi (37) bei einem 11jährigen Knaben. Die Lokalisation war nahezu gänzlich auf die linke Körperhälfte lokalisiert, die Krankheitsherde überdies in metameraler Anordnung. Diese Tatsache veranlasst den Verf. zu einer Erörterung der mutmasslichen ätiologischen Grundlagen. Gerade die strichförmige Verteilung der Effloreszenzen bei einer Affektion, für die sich parasitäre oder nervöse Ursachen nicht auffinden lassen, könnte diesfalls dazu verwertet werden, sie als angeborene Missbildung zu betrachten und der Gruppe der Nävi zuzurechnen. Eine solche Auffassung würde jedoch nicht befriedigen, da eine solche systematisierte Anordnung sehr selten zu beobachten ist, und weil ferner eine Reihe von Charakteren dieser Erkrankung, wie gelegentlich spätes Erscheinen, progressives Wachstum und reichliche Zahl ihrer Effloreszenzen, deren regelmässige Involution im Zentrum und Ausgang in Atrophie, den Nävi fremd zu sein pflegen. Immerhin müsse die Erkrankung als eine Entwickelungsstörung der Epidermis kongenitalen Ursprungs aufgefasst werden.

Dafür spricht weiters das familiäre und kongenitale Vorkommen so vieler Fälle von Porokeratosis, sowie ihr Zusammentreffen mit anderen Entwickelungsstörungen der Haut, beispielsweise mit Hauthörnern und harten Warzen, wie Verf. zu beobachten Gelegenheit hatte. Auf Grund seiner histologischen Untersuchungen nimmt Verf. endlich Stellung zu der Frage, ob die Veränderungen an der Oberhaut als die primären

anzusehen sind, wie es Mibelli annimmt, oder ob diese Folgezustände der entzündlichen Vorgänge in der Cutis seien, entsprechend der Auffassung von Ducrey und Respighi. Seine anatomischen Befunde liessen sich für beide dieser Anschauungen verwerten, so dass Verf. annimmt, dass die unbekannte Krankheitsnoxe gleichzeitig auf Epidermis und Cutis einwirke. (R.)

Der Fall Chivivinos (6) betrifft einen 18jährigen Jüngling, bei dem die Affektion vor 7 Jahren im Nacken einsetzte und das typische klinische und histologisch-anatomische Bild der Akanthosis nigricans (juvenilen Form Dariers) darbot. Auch an verschiedenen anderen Stellen zeigte sich die Hautverfärbung (Brustwarzen, Schenkel, Skrotum, Perineum); Achselhöhle, Nabel, Hände wiesen keine Veränderungen auf. (V.)

(13) Vorstellung eines Falles, der zum zweiten Male, während er unter direkter Spitalbeobachtung stand, folgende Erscheinungen darbot: Hirsekorn- bis mohnkorngrosse, lebhaft juckende, unregelmässig am Abdomen und in der Rücken- und Lendengegend angeordnete, derbe, braunrote, einen exprimierbaren Inhalt aufweisende Knötchen, die plötzlich von einem lebhaft roten Hof sich umgehend, an Volumen bedeutend zunehmen, die Grösse eines 0,50 Frankstück bis zu der eines 5 Frankstücks annehmen und im Zentrum eine einem kleinen Furunkel ähnliche Erhabenheit darbieten. Lebhaftes Juckgefühl. Keine Drüsenschwellungen. (E.)

XXV.

Epidermis-Erkrankungen.

Bearbeitet von **Rille**-Leipzig und **Rusch**-Innsbruck, mit Beiträgen von **Bernhardt**-Warschau (im Auftrage von **v. Watraszewski**-Warschau, **Bodon**-Budapest, **Gappisch**-Leipzig, **J. Góngora**-Barcelona, **Harry Kayser**-Leipzig, **Selenew**-Charkow, **Verrotti**-Neapel (im Auftrage von **De Amicis**-Neapel), **Waelsch**-Prag, **F. Weiler**-Leipzig und **Ch. J. White**-Boston.

Literatur:

1. Adamson, H. G., Lichen pilaris, seu spinulosus. Brit. Journ. of Dermatol. Februar, März.
2. Ashmead, A. S., Antirheumatic treatment of psoriasis of the finger nails. Journal of cutaneous Dis. Vol. XXIII. S. 480.
3. Bettmann, S., Beiträge zur Kenntnis des Lichen ruber planus. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 75. S. 379.
4. Blamenser, Fall von Lichen ruber planus. Verein der Ärzte Düsseldorfs. 13. II.
5. Blaschko, Fall von Lichen planus mit besonderer Affektion der Gefässwände. (Diskussion von Wechselmann, Rosenthal). Verhandl. der Dermatol. Ges. 9. V.
6. Boikow, W. M., Zur Kasuistik von Lichen ruber planus. Protokolle der Charkower dermatologischen und venerologischen Gesellschaft am 29. März.

7. Bornemann, W., Ein Fall von Erblindung nach Atoxylinjektionen bei Lichen ruber planus. Münch. med. Wochenschr. S. 1043.
8. Brandweiner, Knabe mit Lichen ruber planus. Ges. f. innere Medizin und Kinderheilk. in Wien, pädiatr. Sektion. 16. XI.
9. Brimacombe, R. W., The histopathology of seborrhoeic dermatitis, and psoriasis. Lancet. 18. Februar.
10. Bureau, G., Le lichen plan buccal. Gaz. méd. de Nantes. 23. Dezember.
11. Buschke, Fall von Leucoderma psoriaticum (Diskussion: Blaschko, Adler). Berliner Dermat. Gesellsch. 9. Mai.
12. Cernlli, M., Psoriasi effetti della cura. Giorn. it. delle malattie veneree e della pelle. Fasc. 4. S. 494.
13. Cooper, J. Burdon, L'eau de chaux à l'intérieur contre les verrues. Sem. méd. S. 441.
14. Dreyer, Fall von Lichen ruber verrucosus. Allgem. ärztl. Ver. zu Köln. 23. I.
15. Duhreuilh, W., Erythrodermies exfoliantes secondaires: psoriasis exfoliant et pemphigus foliacé. Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux. 16. Juli.
16. v. Düring, E., Therapie der Psoriasis. Deutsche med. Wochenschr. S. 2041.
17. Ehrmann, Fall von Leukoderma psoriaticum. Verhandl. der Wiener Dermat. Ges. 8. II.
18. Derselbe, Fall von Lichen ruber acuminatus. Ges. der Ärzte in Wien. 27. X. (Diskuss. v. Neumann.).
19. Derselbe, Fall von Lichen ruber planus. Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 25. I.
20. Evdokimow, W. N., Zur Kasuistik von Pityriasis rubra pilaris. Russisches Journal der Haut- und venerischen Krankheiten. T. IX. Juni.
21. Evershed, A., Les applications locales d'eau de mer contre les verrues. Sem. méd. S. 417.
22. François-Dainville, E., Des troubles de la nutrition et de l'élimination urinaire dans les dermatoses diathésiques (eczéma et psoriasis). Thèse de Paris.
23. Gasne et Chiray, Lichen au niveau des zones d'irradiation douloureuse dans un cas d'insuffisance aortique avec crises angineuses. Soc. méd. des hôp. 31. März u. 7. April.
24. Gaucher et Desmoulière, Des troubles de la nutrition et de l'élimination urinaire dans le psoriasis. Journ. de physiol. et de pathol. gén. März.
25. Grumme, Fall von Psoriasis universalis atypica. Ges. der Charité-Ärzte in Berlin. 8. VI.
26. Halle, Fall von Pityriasis rubra (Hebra) (mit Diskussion von Hoffmann). Verhandl. der Berliner Dermatol. Ges. 14. II.
27. Harttung, Pityriasis chronica lichenoides (?) (lichenoides psoriasiformes Exanthem). Breslauer dermat. Verein. 6. VI.
28. Hirsch, Paul, Zur Statistik der Psoriasis vulgaris. Dermatol. Zentralbl. S. 66.
29. Kanitz, Heinrich, Fall von Arsenmelanosis. Orvosi hetilap. S. 186.
30. Katholicky, Mann mit mehrfachen angeborenen Missbildungen, u. a. zapfenförmigen Hautwucherungen. Ges. der Ärzte in Wien. 2. VI.
31. Ledermann, Typisches Leukoderma am Halse durch Psoriasis (mit Diskuss. von Wechselmann, Buschke, Hoffmann, Pinkus, Rosenthal, Heller). Verhandl. der Berliner Dermatol. Ges. 14. III.
32. Lewandowsky, Felix, Über Lichen spinulosus. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 73. S. 343 (s. auch Drüsenerkrankungen der Haut.)
33. Mankowski. L., Przyczynek do Kweatyi luszczycy u dzieci. (Beitrag zur Kenntnis der Psoriasis bei Kindern.) — Przeglad lekarski. Nr. 13. S. 175, Nr. 14. S 188.
34. Marquès, H., Psoriasis rebelle guérie par la radiothérapie. Arch. d'électricité méd. 10. März.
35. Derselbe, Radiothérapie de la psoriasis. Sem. méd. S. 140.
36. Mayer, Theodor, Fall von typischem Lichen ruber planus am ganzen Körper unter Mitbeteiligung der Mundschleimhaut (mit Diskussion von Rosenthal). Verhandl. der Berliner Dermatol. Ges. 14. III.
37. Nicolas, J. et Favre, M., Sur le rôle de l'érythème chrysophanique dans l'action thérapeutique sur la psoriasis. Lyon méd. 12. November.
38. Nobl, Fall von atypischer Eruption der gyrierten Kleinknötchenform der Psoriasis. Leukoderma psoriaticum verum. (mit Diskuss. von Ehrmann). Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 25. I.
39. Oppler, Fall von atypischer Psoriasis. Breslauer dermat. Verein. 12. I.
40. Pinkus, Felix, Lichen planus zoniformis. Dermatol. Zeitschr. S. 216.

41. v. Poór, Franz, Zur Anatomie der Schleimhautaffektionen bei Lichen planus (Wilson). Dermatol. Zeitschr. S. 645.
42. Radaeli, J., Ricerche sulla eliminazione delle sostanze azotate durante la cura arsenicale in alcuni casi di psoriasi. Clinica moderna. Nr. 33.
43. Rille, Fall von Psoriasis vulgaris und gleichzeitig Keratoma hereditarium palmare et plantare hereditarium. Med. Ges. zu Leipzig. 27. VI.
44. Roscher, Lichen planus verrucosus, der als Mykosis fungoides gedeutet wurde. (mit Diskussion von Lesser, Kromayer, Rosenthal). Verhandl. der Berliner Dermatol. Ges. 10. I.
45. Derselbe, Ein Fall von Lichen ruber planus verrucosus mit atypischem Verlauf. Charité-Annalen. S. 771.
46. Šamberger, F., Ein mit übermangansaurem Kali nach Hallopeau behandelter Fall von Lichen ruber planus. Verein böhm. Ärzte in Prag. Januar und März.
47. Seegall, Fall von Psoriasis mit kurzdauernder Heilung durch Röntgentherapie. Verhandl. der Berliner Dermatol. Ges. 9. V.
48. Söllner, Ein Fall von systematisierter Lichenifikation, als Beitrag zur Kenntnis metamerischer Hautaffektionen. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 73. S. 147.
49. Terre, F., Pityriasis rubra pilaris. Brazil medico. 15. April, 1. 8. u. 15. Mai.
50. Ullmann, Fall von Verrucae. Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 29. III.
51. Umbert, La cuestion del lichen acuminatus (Hebra) y de la pitiriasis rubra pilaris. Revista de medicina y cirugia de Barcelona. April.
52. Vörnor, Fall von Lichen ruber der Mundschleimhaut. Mediz. Ges. zu Leipzig. 14. II.
53. Waelsch, Ludw., Über die Verruca senilis und die aus ihr entstehenden Epitheliome. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 76. S. 31.
54. Wellhausen, A case of lichen planus combining two rare forms of the disease. Journ. of cut. dis. Nov.
55. Westberg, Psoriatiforme Erkrankung mit exquisitem Leukoderma. Ärztl. Verein in Hamburg. 27. VI.

Nach eingehender Besprechung der verschiedenen „Systeme“ und ihrer Bedeutung für die Lokalisation der Hauterkrankungen, wobei namentlich im Anschluss an die Blaschkoschen Thesen betont wird, dass es neben Grenzliniennaevis auch flächenhafte Metamerennaevi gibt, teilt Söllner (48) die Krankengeschichte eines Falles von systematisierter Hautaffektion mit. Ein 18jähriger Maurerlehrling zeigte eine eigentümliche, teils strichförmige, teils flächenhafte Hauteruption an der linken Unterextremität und an der linken Gesässbacke, die in das Seiffersche Schema eingetragen, folgende Lokalisation ergab: Eine mehrfach unterbrochene Reihe streifenförmiger Effloreszenzen an der Hinterseite des linken Unterschenkels. Sie entsprach jener Linie, in der sich das II. und I. Sakralsegment einerseits vom III. und IV. Lumbalsegment scheidet. Ein lineärer Wulst an der Aussenseite der Gesässbacke sitzt an der Grenze des III. Sakralsegmentes einerseits und des I. und II. Lumbalsegmentes und liegt auf einer Linie, auf der nach längerer Unterbrechung aussen und oben von der Kniekehle lineär angeordnete Effloreszenzen an der Grenzlinie des II. Sakral- und III. Lumbalsegmentes zum Vorschein kommen. Die flächenhafte Lokalisation an der Aussenfläche des Unterschenkels und am Fussrücken entsprach dem Gebiete des V. Lumbal- und I. Sakralsegmentes. Auf Grund der Reliefveränderung und der Schuppung, der Hyperpigmentation und in Rücksicht auf das histologische Bild, das eine entzündliche, meist perivaskuläre zellige Infiltration im papillären und subpapillären Bindegewebe, vor allem aber eine sämtliche Schichten der Haut umfassende Verdickung aufweist, fasst Verf. den Prozess als Lichenifikation auf, der in jene Gruppe strichförmiger Dermatitiden einzureihen ist, die im Sinne von Pinkus ihrem klinischen Aussehen nach und zufolge ihres histologischen Aufbaues eine eigene Affektion für sich bilden. (Ru.)

Nach Wiedergabe der von Radcliffe Crocker beschriebenen seltenen Hautaffektion und Aufzählung der durchwegs englischen Literatur dieses Gegenstandes teilt Lewandowsky (32) eine eigene Beobachtung mit. Bei einem 9jährigen Mädchen begann die Erkrankung symmetrisch an Brust, Bauch und Rücken mit stecknadelkopfgrossen, intensiv roten, derben follikulären Knötchen, die im Zentrum teils Epidermisschüppchen, teils kleine Pustelchen trugen. In den folgenden acht Tagen breitete sich der Ausschlag der Fläche nach aus, teilweise mit Gruppierung zu kreisrunden, münzengrossen Herden. Nach weiteren acht Tagen folgte Abblassen der Knötchen und Bildung von 1—2 mm langen, leicht gekrümmten, harten Hornstacheln, die aus der Mitte der Papeln hervorragten. Nach mehrwöchentlicher Dauer schwand die Affektion spontan. Gegenüber den Crockerschen Angaben war die grosse Ausdehnung der Erkrankung und das späte Auftreten der Hornstacheln auffallend. Verf. tritt nach differentialdiagnostischen Erörterungen gegenüber anderen follikulären Erkrankungen für die klinische Selbständigkeit der Affektion ein. Der histologischen Untersuchung zufolge handelt es sich um einen follikulären Entzündungsprozess mit konkomittierender und vor allem mit sekundärer Parakeratose, resp. Para-Hyperkeratose. Der Prozess beginnt mit einem Ödem der äusseren Wurzelscheide; in dessen zentralen Partien kommt es unter Degeneration und Verflüssigung von Epithelzellen zur Hohlraumbildung und infolge Ansammlung von Leukozyten zur Entstehung einer intrafollikulären Pustel. Die Parakeratose des Follikelausganges, die schon im ersten Stadium auftritt, kann so stark werden, dass der Follikelausgang durch die Hornmassen verstopft und das Haar am Austritt verhindert wird. Der sterile Pustelinhalt dürfte weiters resorhiert werden und die Parakeratose, zunächst nur auf die Follikelmündung beschränkt, ergreift die ganze innere Schicht der Follikelwand; dadurch kommt es zur massenhaften Produktion parakeratotischer Lamellen um das Haar herum. Die älteren werden durch die frisch produzierten Lamellen allmählich aus den Follikeln herausgeschoben; sie bleiben aber untereinander in festem Zusammenhang und produzieren auf diese Weise jene stacheligen Gebilde. Kommt der Prozess zum Stillstand, so wird der Stachel ausgestossen. (Ru.)

Bettmann (3) beschreibt zunächst zwei Fälle von familiärem Auftreten des Lichen ruher planus bei zwei Geschwisterpaaren und bereichert damit die von Riecke in Mraceks Handbuch zusammengestellte Liste von 17 Beispielen um zwei weitere. Dieselben gehörten, ebenso wie eine weitere Beobachtung, dem Typus des akut verlaufenden Lichen ruher an, zeigten mehr oder weniger Störungen des Allgemeinbefindens, Temperatursteigerungen, Drüsenschwellungen und Milztumor und heilten spontan und relativ rasch ab. Mit Rücksicht auf das familiäre Vorkommen erörtert er die Frage von der infektiösen Ätiologie der Erkrankung, hält aber eine solche für unentschieden. Eine Reihe weiterer Beobachtungen illustriert die Bedeutung von aussen wirkender Reize für die Lokalisation der Erkrankung (bandförmige Lokalisation des Lichen unter einem Bruchband, vorwiegendes Auftreten an einer tätowierten Stelle, Entstehung des Lichen nach einer Skabieserkrankung und nach Verletzungen, wie Exkoriationen und Kontusionen). Ähnliche Beziehungen zwischen Reizung und Lokalisation lassen sich auch bei den Schleimhautaffektionen dieser Erkrankung feststellen; so trat eine solche auf, als der betreffende Kranke.

dessen Lichen für Syphilis gehalten und mit Quecksilber behandelt wurde, eine Stomatitis mercurialis akquirierte. In einem anderen Falle von Lichen trat eine Lokalisation der Erkrankung an der Harnröhrenschleimhaut auf, für deren Zustandekommen eine Phosphaturie als provokatorische Ursache verantwortlich gemacht wird. Eine weitere Beobachtung betrifft einen Fall von Lichen ruber pemphigoides der Mundschleimhaut, bei dem sich die charakteristischen Veränderungen im Anschluss an eine Blaseneruption entwickelten. Ferner beschreibt Verf. ein Beispiel von strichförmiger Anordnung der Licheneffloreszenzen. Es war jedoch unmöglich, diesen Fall hinsichtlich seiner Lokalisation in ein bestimmtes System einwandfrei und restlos einzureihen, weshalb Verf. den Eindruck hat, dass vorläufig eine einheitliche Erklärung für derartige Erscheinungsformen der Affektion überhaupt nicht zu gewinnen sei. Zum Schlusse folgt eine Erörterung der Nagelaffektionen hinsichtlich ihrer verschiedenen klinischen Erscheinung, die sich teilweise bei den genannten, teilweise bei anderen Lichenfällen vorfanden. (Ru.)

Krankenvorstellung durch Ehrmann (19) ohne nähere Angaben. (Ru.)

Demonstration eines Kindes mit typischem Lichen ruber planus durch Brandweiner (8). (Ru.)

Unter Demonstration eines einschlägigen Falles bespricht Blaschko (5) ein von ihm öfters beobachtetes Krankheitsbild, bei dem an den Unterextremitäten, seltener an den oberen, kleine, purpuraähnliche Flecke auftreten, zu denen sich nach längerem Verlaufe Verdickungen hinzugesellen. In einzelnen Fällen entwickeln sich auf diesen hämorrhagischen Herden Lichen planus-Plaques, die mit Hinterlassung von Pigmentierungen abheilen. Er vermutet eine besondere Form von Lichen planus mit eigenartiger Affektion der Gefässwände. Dieser Auffassung kann sich Wechselmann nicht anschliessen, weder rücksichtlich der Diagnose einer lichenähnlichen Erkrankung noch hinsichtlich der Annahme einer Hämorrhagie. Auch Rosenthal will eine solche nicht gelten lassen, sondern glaubt, dass eine Teleangiektasie vorliege und findet die Diagnose Lichen gewagt. Die Verdickungen und Knötchen hält er für Folgen örtlicher Reizung. (Ru.)

Es handelt sich um einen typischen Fall von Lichen ruber planus der Haut aus Blamensers Praxis (4), welcher keinerlei Besonderheiten darbietet. (K.)

An der Mundschleimhaut fand Th. Mayer (36) dieselben charakteristischen, polygonalen und infiltrierten Knötchen wie an den Hautdecken. Im Anschluss daran bespricht Rosenthal die verschiedenen Formen des Lichen ruber planus der Schleimhäute, besonders jene an den Genitalien, wo überwiegend schmale, leistenförmige, serpiginöse Linien, seltener typische Knötchen beobachtet werden. (Ru.)

Nach einer historischen Einleitung und Mitteilung eines von ihm beobachteten Falles von Lichen planus der Haut und der Mundschleimhaut bei einem 24jährigen Manne teilt v. Poór (41) die Ergebnisse seiner histologischen Untersuchungen, die er an einem exzidierten Schleimhautstückchen machte, mit und fasst dieselben in folgenden drei Sätzen zusammen:

1. Die bei Lichen planus der Mundschleimhaut bestehende Hohlraumbildung entspricht dem Bilde einer subepithelialen Blase und wird durch Exsudation aus den Blutgefässen zustande gebracht.

2. Die Affektion geht von den Blutgefässen der Submukosa aus.
3. Bei diesem Prozesse besteht eine mit pathologischer Bildung von Keratohyalin verbundene partielle Verhornung der Mundschleimhaut.

Die Verhornung geht mit partieller pathologischer Proliferation des Epithels einher, und ist demnach die Mundschleimhautaffektion des Lichen planus unter die im Sinne Virchows genommenen Pachydermiae mucosae zu reihen. (K.)

Keine weiteren Angaben über Vörners Fall (52). (Ga.)

Selenew hält Lichen ruber für die am häufigsten vorkommende parasyphilitische Hautkrankheit. Boikow (6) teilt drei Fälle von Lichen ruber planus, in welchen Lues konstatiert wurde, mit. Die Lokalisation der Effloreszenzen war verschieden — auf inneren und äusseren Oberflächen der Extremitäten; in einem Falle bestand kein Jucken. In zwei Fällen erschienen Effloreszenzen zuerst an den Geschlechtsorganen. Nervöse Erscheinungen. Nach den ersten Injektionen resp. Hydrargyrum bibromatum (1%) verschwand das Jucken bei einem Kranken; doch gaben folgende Injektionen Stomatitis und Jucken. Weitere Behandlung: Arsenik, gewöhnliche Bäder, Dampfbäder, Salbe von Unna und anderen. (S.)

Bei einem 29jährigen Mann aus Wallhausens Beobachtung (54) zeigte sich eine runde, purpurfarbene Läsion des Präputium, der drei ähnliche, etwas höher gelegene folgten. Diese Flecken gingen zentral zurück, es blieben jedoch die ringförmigen Grenzen zwei Jahre bestehen. Da syphilitische Behandlung erfolglos war, wurde eine Zirkumzision vorgenommen. In der Narbe und höher am Penis entstanden jedoch bald danach neue, den ersten gleichende Knötchen, die sich aus kleinen purpurfarbenen Papeln zusammensetzten. (Ch. J. W.)

In einem so behandelten Falle Sambergers (46) erwies sich dieses Verfahren der Unnaschen Salbe bedeutend überlegen. (Ru.)

Pinkus' (40) Fall von Lichen annularis, der durch seine strenge Halbseitigkeit und durch seine scharf umschriebene Lokalisation auffallend ist. Die Eruption ist auf Hals, Brust und Schulter rechterseits beschränkt, ein Bezirk, der als das Gebiet der miteinander anastomosierenden Hautäste des 4. und des 9.—10. Spinalsegments erkannt wurde, entsprechend des Nervus cutaneus colli, den Nervi supraclaviculares und den Rami anteriores des I. und II. Interkostalnerven.

Doch liegt es dem Autor fern, die Ursache des Lichen ruber wegen seiner häufigen Lokalisation in Nervengebieten in einer primären Veränderung der Nervenzweige zu suchen.

Das Exanthem selbst bestand aus typischen Lichenknötchen, die sich um einige ältere zentral abgeheilte Herde entwickelt haben, welche jedoch nicht im Zentrum der Affektion lagen.

Da während der zweimonatlichen Beobachtung Nachschübe und Eruptionen an anderen Körperstellen nicht auftraten, so war offenbar die affizierte Hautpartie, vielleicht durch Anwesenheit der älteren Herde lokal prädisponiert, so dass hier infolge eines unbekannten inneren oder äusseren Reizes die einmalige Eruption erfolgte.

Histologisch war auffallend das starke Ödem in der Cutis und im Epithel, welches sich auch auf die Lymphgefässe erstreckte, die weite Öffnungen darstellten.

Die erfolgreiche Therapie bestand in der Anwendung einer sehr schwachen Chrysarobinzinkpaste. (K.)

Eine 58jährige, früher gesnnde Frau mit Lichen ruher planus aus Bornemanns (7) Praxis wurde mit Atoxyl behandelt nnd erhielt vom 1. Jnli his Ende Septemher 27 g Atoxyl (wöchentlich 2—3 Injektionen von ½—2 ccm einer 20%igen Lösung). Bereits Mitte September trat neben anderen, vorübergehenden Intoxikationserscheinungen, nnter denen auch gewisse Hauterscheinungen, wie Ödeme und Hyperkeratosen angeführt werden, eine beiderseitige Amaurose anf, hedingt durch Veränderungen der Sehnerven mit dem ophthalmoskopischen Bilde der Atrophie. Trotzdem dnrch Anwendung von Pnrgantien nnd diuretischer Massnahmen versncht wurde, das Arsen rasch zur Ausscheidung zu hringen, nahm jene einen progressiven Verlauf. Verf. erörtert die Frage, oh die Vergiftungserscheinungen nur dem im Atoxyl enthaltenen Arsen zuzuschreiben sind oder oh sie auch auf dessen Eigenschaft als Anilid bezogen werden müssen, indem er an analoge Augenveränderungen nach Anilinvergiftnngen erinnert. Er ist geneigt, diesfalls eine Summation der Wirknngen beider schädlicher Suhstanzen anzunehmen nnd warnt vor kritikloser Anwendung des Atoxyls. (Ru.)

Kanitz' (29) Patieut hatte wegen Psoriasis Atoxyl-Injektionen hekommen und bekam bald hierauf Pigmentflecke am Rumpfe und an den Extremitäten. (Es ist nicht unmöglich, dass im vorliegenden Falle die Flecken hämatogener Natur und nicht eine Folgeerscheinung der Arsenmedikation gewesen sind. Ref.) (Bo.)

Vorstellung jenes Falles durch Roscher (44), der im folgenden ausführlich mitgeteilt wird. (Ru.)

Bei einem 49jährigen Patienten Roschers (45) entwickelten sich binnen wenigen Wochen an den Unterschenkeln, Vorderarmen, in der Kreuzgegend und an der rechten Hüfte die Erscheinungen eines papulovesikulösen, stark juckenden Ekzems und üherdies an der rechten Wade und am rechten Fussrücken münzen- bis talergrosse, derh infiltrierte, erhahene, nässende Plaqnes. Die ekzematösen Erscheinnngen machten im weiteren Verlanfe wiederholt Nachschübe, öfters in Form runder, stecknadelkopfgrosser, rosafarhener Knötchen in zum Teil strichförmiger Anordnung. Als solche wurde die Affektion als „lichenoide Hantaffektion“ bezeichuet, wobei die Wucherungeu als seknndäre durch das Kratzen hedingte Erscheinungen aufgefasst wurden und als „Fall zur Diagnose“ am Berliner internationalen Dermatologenkongress vorgestellt, daselbst von vielen Seiten anf Grund der Tumorbildung als ein abnorm rasch verlanfender Fall von Mykosis fungoides gedeutet. Unter Arsen-Röntgenbehandlung bildeten sich die papulo-vesikulösen Ekzemerscheinungen am Rumpfe und an den Extremitäten zurück, während die infiltrierten Platten am rechten Unterschenkel zn kleineren, trockenen, hraunen Knoten mit rauher, warzig höckeriger Oberfläche zerfielen. Am 10. Januar wurde der Kranke als typischer Fall eines Lichen ruher planns verrucosus in der Berliner dermatologischen Gesellschaft vorgestellt, nachdem diese Diagnose schon vorher durch histologische Untersuchung einer derartigen derh infiltrierten warzigen Effloreszenz bestätigt worden war. Bemerkenswert ist, abgesehen von dem ungewöhnlich aknten Verlauf, der Beginn des verrukösen Lichen ruber unter den Erscheinungen eines nässenden Ekzems mit Bildung nässender warziger Platten. Solche Formen sind sehr selten und nur eine einzige von Jadassohn mitgeteilte Beobachtung scheint mit diesem Fall identisch. Das ekzemartige Vorstadium muss als zum Wesen der Krankheit selbst zugehörig aufgefasst werden nnd nicht als Folge zufälliger Reizung. Eine Analogie

dazu bieten jene seltenen aknten Fälle von Lichen ruber, bei denen im Beginne der Krankheit diffnse Rötung und Schwellung der befallenen Hant auftreten, hinter denen die Licheneffloreszenzen völlig zurücktreten; ferner die Fälle mit Bläschen- nnd Blasenhildnng im Anfang der Erkranknng. Arsen war nur von geringer Wirknng soweit die verrukösen Herde in Betracht kommen, sie wurden jedoch dnrch die Röntgenbestrahlnng prompt beseitigt. (Ru.)

32jähriger Patient Dreyers (14) mit Lichen ruher verrucosus des rechten Unterschenkels. Effloreszenzen von Erhsen- bis Markstückgrösse, hräunlichrot, mit siebartig dnrchlöcherter dicker Hornschicht bedeckt. Es wurden Arseninjektionen mit gutem Erfolge gemacht. (K.)

Vorstellung eines Falles von Lichen ruher acuminatns nniversalis von besonders typischer Entwickelnng durch Ehrmann (18). Befallen sind lediglich die Haarfollikel des ganzen Körpers, anch jene der Lanugobaare, an den Handtellern nnd Fusssohlen findet sich verdickte, rissige Epidermis. Ehrmann will unerörtert lassen, ob Lichen planns nnd acuminatus im Wesen identische Erkrankungen sind, er heht aber hervor, dass in solchen typischen Fällen von Lichen acnminatns nie typische Knötchen von Lichen planns vorkommen, dass aber umgekehrt bei Fällen von typischem Lichen planus sich stellenweise Knötchen von konischer Gestalt bilden. Auch dieser Fall spricht nicht für die Wesensgleichheit heider Formen.

Neumann hebt die Lokalisation der Erkrankung an der Kopfhaut hervor, die bei dieser Affektion gewöhnlich frei bleibe, ferner jene an den Haarfollikeln der Phalangen, die hier fast ausnahmslos beobachtet werde. (Rn.)

Eine 36jährige Patientin Halles (26) mit linksseitiger Spitzendämpfung und allgemeiner Drüsenschwellnng zeigt am Rumpfe und an den Extremitäten eigenartig nnd diffns gerötete Hautdecken und am linken Unterschenkel, der vor 7 Jahren znerst erkrankten Körperstelle, deutliche Atrophie. Blut- nnd Urinhefund normal. Die Diagnose Pityriasis ruhra Hehrae ist, wie Hoffmann hetont, anch durch das histologische Bild sichergestellt. Unterhalb der verschmälerten Epidermis findet sich eine breite Infiltrationszone mit zahlreichen Mast- nnd Plasmazellen, innerhalb welcher das Elastin, die Follikel und Talgdrüsen zugrunde gegangen sind. Die Gefässe sind geschlängelt nnd znm Teil thromhosiert. (Rn.)

Umhert (51) veröffentlicht einen Fall von Pityriasis rubra pilaris, dessen Anfangserscheinungen in typischer Form etwa mit 4 Jahren auftraten; das Leiden dehnte sich innerhalh 18 Jahren fast über den ganzen Rnmpf aus. Heute zeigt der Kranke eine hlätterige Ahschnppung auf dem ganzen Rücken, der Brust und den Gliedmassen. Die Anfangserscheinungen bestehen lediglich an den Grenzen der erkrankten Gehiete, nach den Schenkeln nnd Vorderarmen hin. (Go.)

Kasuistische Mitteilnng durch Evdokimow (20). Ausführliche Beschreibnng der klinischen Untersuchungen des Kranken. (S.)

(30) Ansser angeborener Skoliose der Wirhelsäule, Spina hifida occulta (Lendensegment), Missbildungen an Händen und Füssen finden sich grössere und kleinere Narben über der Spina hifida und zapfenförmige Hantexkreszenzen am Rücken nnd grühchenartige Einstülpungen an der Hant, und an der linken Oherschenkelanssenseite ein dünngestielter Hautzapfen von Fingerlänge und Walzenform. (Ga.)

Auf Grund 68819 Krankenbeobachtungen aus Dr. Max Josephs Poliklinik (1889—1903), von denen wieder 27678 Hantkranke und davon 1836 = 6,63 % Psoriatiker waren, kommt P. Hirsch (28) beim Vergleich mit anderen Statistiken zu einem mittleren Prozentsatz, der natürlich geringer wird, wenn er Hant- und Geschlechtskranke zusammennimmt, wo er dann ca. 2—3 % erhält.

Wegen des relativ geringen Zeitranmes und der minimalen Differenz der Prozentzahlen, meint er auf Ab- und Zunahme überhanpt keinen Schluss ziehen zu dürfen.

Hinsichtlich der Beteiligung der Geschlechter divergieren seine Angaben vollkommen von denen anderer. — Er fand sechsmal soviel Männer als Frauen befallen (1576 : 260). — Einen ähnlichen Befnnd ergab eine Statistik des Wiener Allgem. Krankenhauses von 1864—1870 (311 : 176). In anderen Ländern, z. B. England, überwiegen die weiblichen Patienten (Grosz).

Im Gegensatz zn Grosz nnd Jarisch, die Neuansbrüche von Psoriasis im Frühjahr beobachteten, fand er eine sich fast gleichbleibende Jahreskurve, und die Zunahme im Januar hängt nach seiner Ansicht mit der Gepflogenheit zusammen, die im alten Jahr in Behandlung stehenden Kranken als Frischerkrankte in das neue Jahr zn übernehmen.

Was nnn die Konstitution der Kranken und das Alter des Befallenwerdens anlangt, so fand anch er, dass gerade die kräftigsten Individuen befallen werden nnd zn einer Zeit, wo der Körper auf der Höhe seiner Entwickelung angelangt ist, nnd dass sie in der Kindheit selten ist. — 40,73 % seiner Fälle waren 21—30 Jahre alt nnd in 0,49 % hatten die Kranken ein Alter nnter 6 Jahren, die jüngsten waren 3 Jahre alt.

Hinsichtlich des Alters bei den verschiedenen Geschlechtern fand er in Übereinstimmung mit anderen, dass die Männer in den späteren Lebensjahren, die Franen in der Jugend befallen werden. Von den 1576 Psoriatikern erkrankten 333 = 21,11 % vom 26.—30. Lebenjahre, von den 260 psoriatischen Frauen 66 = 25,38 % im Alter von 16—20 Jahren.

Bei dem Versnch des Verf. ein ätiologisches Moment für die Psoriasis zn finden, kommt er dahin, dass die Schlächter ein hohes Kontingent zu derselben stellen. (Ga.)

Auf Grund von 17 Psoriasisfällen im Kindesalter, die Mankowski (33) genan zn beobachten Gelegenheit hatte, werden Alter, Lokalisation und der allgemeine Gesundheitszustand der Patienten besprochen. Dieser letztere war im grossen und ganzen gut. Was die Therapie anbetrifft, so werden die guten Erfolge der Thyrojodinbehandlnng hervorgehoben, die auch vor Rezidiven schützen soll. (Be.)

Ashmead (2) ist geneigt, die Psoriasis als rheumatische Manifestation anfzufassen. Als Stütze dieser Ansicht betrachtet er das schnelle Zurückgehen einer Psoriasis der Fingernägel nach Mesotanbehandlung. (Ch. J. W.)

Hebra hatte bekanntlich die Coincidenz von Ichthyosis und Psoriasis vulgaris geleugnet; Rille u. a. haben indes solche Fälle gleichwohl beobachtet. Nunmehr berichtet Rille (43) über einen Kombinationsfall von Psoriasis mit Keratoma palm. et plant. heredit., einer Affektion, welche früher gleichfalls der Ichthyosis beigezählt wurde. (Ri.)

Zwanzigjähriger Kranker Nobls (38) mit circinären Grnppen von dichtgereihten, schrotkorngrossen, flachen, vielfach konflnierenden Knöt-

chen von rotbrauner Farbe, geringer Infiltration nnd zarter, fettiger Abscbnppung an der gesamten Penis- und Präputialhaut. Am Skrotnm einzeln stehende und anuläre, mehr erhabene und schilfernde rötliche Papeln, welche von der dnnkel pigmentierten, normalen Umgehung sich scharf ahheben. An der Stirnhaargrenze orbikuläre Plaques. Bei einzelnen Effloreszenzen hereits Involution nnd prägnantes Leukoderma. Ehrmann bemerkt, dass hier zum ersten Male Leucoderma psoriaticum am Skrotnm zu beobacbten sei. Das von Rille bescbriehene Leucoderma psoriaticum hält er für eine Depigmentierung, im Anscblnsse an Psoriasisplaques, welcbe auf dem Boden einer Arsenmelanose sich entwickelt hatten (? Ref.). Auf die Frage, ob der Kranke nicbt gleicbfalls Arsen genommen babe, antwortet Nohl aher verneinend. (Ri.)

Der Erfolg in der Bebandlung der Psoriasis ist nacb v. Düring (16) ehenso unsicher, wie deren Ätiologie nnd Prognose. Von einer wirksamen Therapie ist meist nur in bezug anf die änssere Behandlung zn sprecben. Wenig bekannt und gewürdigt ist bei der Psoriasisbehandlung die Hydrotherapie, die in Gestalt von Schwitzkuren, Dnscben nnd Bädern angewendet wird. Bei der Schwitzknr lässt man den Kranken 10—15 Minuten auf dem Schwitzstuhl oder dem mit Gas oder Spiritus geheizten Schwitzkasten stark transpirieren und wickelt ihn dann in wollene Decken ein. Es folgt daranf Einwirkung einer warmen Duscbe (1/2—1 Minute) nnd einer kühlen oder kalten (wenige Sekunden), und dann Ahtrocknung oder Einwickelung in trockene Laken. Duschen von 35—40° C mit rascb folgender kurzer, kalter Duscbe wirken auch ohne Schwitzkur günstig. Bäder hegünstigen die Anfnahme von Medikamenten durch die Haut. Dieselben sollen bei einer Temperatur von 33—36° C eine Dauer von 10—20 Minnten bis zn mehreren Stunden hahen. Je nach Art der Erkrankung verwendet man Kleie, Seife oder Alkalien als Zusatz, bei starker Scbuppenauflagerung empfiehlt sicb eine Kombination der letzteren Mittel. Den alkaliscben Bädern folgt eine Dusche von 30—35° C nnd eine Einfettung mit Ungt. paraffini oder einer Mischung von Lanolin und Paraffin. Unter den Medikamenten ist der Teer das wirksamste. Kombiniert mit der Bäderhehandlnng wird er ausserbalh oder während des Bades eingepinselt; im ersteren Falle wird der Teer zuerst anf die ahgeseifte Hant appliziert und dann im Bade ahgerieben. Die Röntgenbehandlung ist unsicher, besonders hinsichtlich der Rezidive. Für reizhare Haut, für Gesicht nnd Kopf empfieblt sich das Ungt. praecip. alh. ev. mit Teerzusatz. Chrysarohin eignet sich nur in 5—20% Salben mit Vaselin oder in Pflasterform, verursacht jedoch oft Jucken, Brennen, Spannung, Fieher nnd Dermatitis. Bäder mit Kleie und schwach alkalische Bäder sind nach Chrysarohingebranch erlaubt, Seifenbäder sind zu vermeiden. Für ambulante Behandlung eignet sicb das 10% Chrysarobin-Traumaticin oder besser die Dreuwsche Salhe. Die Behandlnng mit Pyrogallol, das in letzter Zeit dnrch Lenigallol ersetzt ist, erfordert sorgfältige Überwachung wegen der Intoxikationsgefahr. In jedem Fall ist sorgfältig die Reizharkeit der Haut zn prüfen. Radikale Änderung der Ernährung heeinflnsst vorühergehend die Effloreszenzen. Entgegen der Ansicbt vieler ist Arsen, Salizyl und Jodkali von unsicherer Wirkung. (We.)

Seegall (47) demonstriert einen Patienten, bei dem Ende 1904 durch Röntgenbestrahlung ausgedehnte psoriatiscbe Plaques in kurzer Zeit zum Schwinden gehracht wurden. Die alten Plaques sind unter ausgedehnten Pigmentierungen ahgeheilt. Jetzt zeigt sich wieder reich-

liches Rezidiv. Die Röntgenbestrahlnng bei Psoriasis bietet also hinsichtlich der Rezidive vor den übrigen Bebandlungsmethoden keine Vorteile, ist jedoch in ihrer Anwendung angenehmer und sauber. (We.)

Oppler (39) demonstriert einen 21jährigen Fussbodenleger mit atypischer Psoriasis, die vor 14 Tagen gleichzeitig an beiden Handtellern begann nnd sicb, ohne die Streckseiten zn befallen, anf die Beugeseiten der Unterarme verbreitete. An den scbwieligen Handtellern ist die Entwickelung der einzelnen Psoriasiseffloreszenzen dentlicb zu verfolgen. Nägel der Hände und Schleimhäute sind frei. Letztere waren in einem äbnlichen Falle Jadassobns stark befallen. (We.)

Radaeli (42) hat die Ansscbeidnng der Stickstoffsnbstanzen in drei Fällen von Psoriasis während der Arsenbehandlung und bei vorwiegend vegetabilischer Nahrung untersucbt. Er konnte Folgendes beobacbten: 1. unter der Arsenbehandlung (es wnrden Injektionen von Natrium arsenicosnm angewandt) liess sicb eine Verminderung der als Harnstoff ausgeschiedenen Stickstoffmengen nachweisen und parallel damit einhergehend eine Steigerung der mit Pbosphorwolframcblorwasserstoffsäure ansfällbaren Stickstoffmengen und des Stickstoffes der Amidosäuren wie hei Lichen ruher planus). 2. Waren diese Veränderungen sehr ausgesprocben, so fielen sie genau mit einer erheblicben Besserung der Hautveränderung zusammen. In eincm Falle, bei dem die Arsenwirkung weniger wirksam nnd fast sprungartig sicb erwies, bot die Zahl der Harnstickstoffmengen weniger ausgesprochene Unregelmässigkeiten dar. 3. Es scbien, als oh die vorwiegend vegetahile Ernährung die Arsenwirkung ergiebiger nnd dentlicher gestaltete. (V.)

Beznguehmend anf die Behauptung Campanas, dass die Psoriasis eine Wirknng der in den Scbuppen entbaltenen cystenförmigen Sporozoen sei, hat Cernlli (12) in drei Fällen von Psoriasis Untersncbungen angestellt, ob das Cbrysarobin ein zur Bekämpfung der Krankheitsursache geeignetes Mittel sei, oder sich daranf beschränke, die durch dieselhe hervorgerufenen anatomiscben Veränderungen zn beseitigen. Er hat festgestellt, dass das Cbrysarobin die regelmässig entwickelten cystenförmigen Sporozoen nicht anzugreifen vermag, anch nicbt die Emanationen derselhen, die Sporozoiten; ja diese können sich sogar danach vermehren; wenn die Psoriasis schon im regressiven Stadium sich hefindet, nach einem akuten Cbrysarohinerythem, dann verscbwinden die psoriatischen Erscheinungen definitiv. Deshalb kann man das Chrysarobin nicht als ein Mittel hetrachten, das die Krankbeitsursache zu beseitigen vermag. Dasselhe gilt von dem Saligallol. (V.)

Es handelt sich hei der 25jährigen Patientin Grnmmes (15) um einen Fall von scbwerer Psoriasis universalis atypica mit Arthritis urica deformans nnd Nephritis.

Die Psoriasis ist mit dem neunten Lebensjahre wiederholt, zuletzt vor sechs Jahren aufgetreten. Jetzt hesteht ein Rezidiv seit neun Monaten. Abmagerung. Temperatur his 39°.

Haut des ganzen Körpers diffus gerötet, nirgends nässend, mit grossen, leicht ablösbaren Schuppen hedeckt. Schleimbäute frei.

Hand- und Fingergelenke verdickt, teilweise snbluxiert. Urin: Harnsänre vermehrt; Albnmen $^1/_4$ — $^1/_2$ ‰; granulierte und Wachszylinder. (K.)

Über Ebrmanns Demonstration (17) keine weiteren Angaben; keine Diskussion. (Ri.)

Dreizehnjähriges Kind aus Ledermanns (31) Praxis mit Psoriasis seit dem fünften Lebensjahre, bereits oft behandelt, doch nie mit Chrysarobin, auch intern mit Arsen, wovon noch Pigmentierung der Rumpfhaut. Jetzt wieder frische Psoriasis, ferner am Halse typisches Leukoderma wie bei Lues; für letztere jedoch kein Anhaltspunkt, demnach Leucoderma psoriaticum, welches die Lehrbücher (Rille ausgenommen) überhaupt nicht erwähnen. In der Diskussion erwähnen Hoffmann, Pinkus, Rosenthal und Heller analoge Eigenbeobachtungen. (Ri.)

Junger Mann aus Buschkes Beobachtung (11) mit seit mehreren Jahren bestehender, schon lange Zeit nicht behandelter Psoriasis; an der Rumpfhaut das zuerst vom Referenten beschriebene psoriatische Leukoderma. Anhäufung von Pigment an der Peripherie der weissen Flecke besteht nicht. An Verwechslung mit Leucoderma syphiliticum ist hier nicht zu denken. (Ri.)

Elfjähriger Knabe aus Westbergs (55) Praxis; die Erkrankung trat in zahlreichen Schüben auf, welche schneller aufeinander folgten als bei Psoriasis. Nach Ablauf derselben ein ausgesprochenes Leukoderma, welches sicher nicht auf Lues zurückzuführen ist. (Ri.)

Waelsch (53) untersuchte histologisch 11 Fälle von sogenannter Verruca senilis in verschiedenen Entwickelungsstadien. Er kommt auf Grund der Untersuchungen zu dem Schlusse, dass die Verruca senilis ihren Namen zu unrecht führt; sie ist keine eigentliche Verruca und nicht senil. Sie ist vielmehr das Produkt eines seborrhoischen, ungemein chronisch verlaufenden entzündlichen Prozesses, der zu Akanthose und Hyperkeratose führt; sie würde daher eher den Namen „Akanthosis verrucosa seborrhoica" verdienen. Sie ist auch nicht senil; sie kommt schon bei Leuten mittleren Lebensalters zur Beobachtung. Die Entstehung von Epitheliom aus einer derartigen Verruca senilis konnte Waelsch in einem Falle in den allerersten Anfangsstadien beobachten und histologisch studieren. Die epitheliomatöse Umwandlung der Verruca senilis spielt sich ausschliesslich innerhalb der ursprünglich hier vorhanden gewesenen Verruca selbst ab und geht über deren Basalschicht anfänglich nicht hinaus. Erst dann, wenn diese durchbrochen ist, steht der schrankenlosen Wucherung ins Bindegewebe nichts mehr im Wege. Waelsch glaubt dies darauf zurückführen zu können, dass die gewucherten Epithelien der Verruca verhältnismässig jugendlich sind gegenüber den gealterten, sich nur mehr ungenügend erneuernden Epithelzellen der Basalschicht der Verruca und der Greisenhaut überhaupt, welchen keine lebhaften proliferativen Eigenschaften mehr inne wohnen. Die schlummernde Proliferationsfähigkeit der ersteren kann durch uns unbekannte Reize (zumeist Traumen) geweckt werden und tritt dann einem Bindegewebe gegenüber in Tätigkeit, welches der Wucherungskraft der Epithelien um so weniger Widerstand leisten kann, als es selbst durch sein Alter in seiner Vitalität geschädigt ist. (Wae.)

XXVI.

Pigmentanomalien.

Bearbeitet von **Hans Vörner**-Leipzig, mit einem Beitrage von **Ostwalt**-Paris.

Literatur:

1. Buschke, Fall von Lenkoderma psoriaticnm (mit Diskussion von Blaschko, Adler). Verhandl. der Berliner Dermatol. Ges. 9. V.
2. Derselbe, Über eine an der Brust lokalisierte bemerkenswerte Naevusform. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 75. S. 51.
3. Chsatls, G. L., The points of incidence compared in cancer, lencoderma, and scleroderma. Brit. Med. Journ. 29. April.
4. Drenw, W., La congélation suivie de cautérisation à l'acide chlorhydrique concentré comme moyen de traitement des naevi vasculaires. Sem. méd. S. 247.
5. Ehrmann, S., Die Pigmentanomalien. Mračeks Handbnch der Hautkrankheiten.
6. Derselbe, Fall von Lenkoderma psoriaticnm. Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 8. II.
7. Derselbe, Fall von Vitiligo. Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 10. V.
8. Eller, Fritz, Ein Vorlagebuch für Tätowierungen. Arch. f. Krimin.-Anthropol. u. Kriminalist. Bd. 19. S. 60.
9. Ferrio, L., Vitiligo et tumeur névrogliqne centrale de la moelle. Rev. neurol., 15. März.
10. Födisch, Fall von Naevns papillaris unius lateris. Ges. f. innere Medizin u. Kinderheilk. in Wien, pädiatr. Sektion. 18. V.
11. Fordyce, Über Hyperpigmentierung artefizieller Natur. New Yorker Dermat. Ges., 25. IV.
12. Gidon, F., Naevus du cuir chevelu traité par la haute fréquence. Année méd. de Caen, Oktober.
13. Derselbe, Traitement d'un naevus du cuir cheveln par les étincelles de haute fréqnence. Sem. méd. S. 547.
14. Grund, Georg, Experimentelle Beiträge zur Genese des Epidermispigmentes. Beiträge zur pathol. Anatom. u. z. allgem. Pathol.
15. Hang, R., Naevus cutaneus des Meatus und Trommelfells. Beiträge zur Ohrenheilkunde, Festschr. für Aug. Lucae.
16. Hodara, Examen histologique d'un cas de naevus linéaire verruqueuse unilatéral (Naevus nerveux ou systématisé). Journ. des mal. cut. et syph. Ang.
17. Ledermann, Typisches Leukoderma am Halse durch Psoriasis (mit Diskussion von Wechselmann, Buschke, Hoffmann, Pinkus, Rosenthal, Heller). Verhandl. der Berliner Dermatol. Ges. 14. III.
18. Leiner, Knabe mit dnnkelbrauner Hautpigmentierung bei blonden Haaren und Irispigmentierung, ferner mit dunklen Naevi und Vitiligoflecken (mit Diskussion von Ehrmann). Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 22. II.
19. Mac Leod, J. M. H., Notes on the histo-pathology of mnltiple idiopathic haemorrhagic sarcoma. Brit. Journ. of Dermatol. Mai. Nr. 5.
20. Meirowsky, E., La photothérapie des tatouages. Sem. méd. S. 272.
21. Näcke, P., Ein Beitrag zur Pathogenese des Naevus vascularis. Neurol. Zentr.-Bl. 16. Oktober.
22. Nobl, Fall von atypischer Eruption der gyrierten Kleinknötchenform der Psoriasis, Leukoderma psoriaticum verum (mit Disknss. von Ehrmann). Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 25. I.
23. Polland, Rudolf, Ein Fall von „systematisiertem Naevus". Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 75. S. 267.
24. Robbins, F., Some observations on lencoderma (Addisons keloid). Med. News. 30. Dezember.
25. Schamberg and Hirschler. Epithelioma of the forehead having its origin in a papillary naevus. Journ. of cut. dis. Oct.

26. Scherber, Ein fast den ganzen Rücken einnehmender Naevus pigmentosus pilosus. Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 15. III.
27. Schreiber, Fall von ausgedehnter warzenförmiger Naevusbildung im Gesicht. Med. Ges. in Göttingen. 12. I.
28. Schultze, O., Über Albinismus und Mikrophthalmie. Physikal.- med. Ges. zu Würzburg. 20. VII.
29. Spiegler, Fall von Vitiligo. Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 7. VI. (Diskuss. Ehrmann.)
30. Spitzer, Ludwig, Spontane Involution eines Riesennaevus. Dermatol. Zeitschr. S. 24.
31. Thibierge, G., Sur les relations du vitiligo et de la syphilis. Ann. de dermatol. et de syph. Febr.
32. Trimble, W. B., Naevus pilosus pigmentosus and other skin lesions treated with liquid air. Med. Record. 8. Juli.
33. Valude, Mélanose des paupières en taches progressives (Lentigo maligna senium). Pariser Ophthalmol. Ges. 7. II. u. 14. III. Recueil d'ophthalmol. Nr. 2 u. 4. S. 221.
34. Vörner, Beitrag zur Kenntnis des Pigmentes. Zeichnungen von Präparaten einer strohgelben wachsenden Ephelide. Med. Ges. zu Leipzig. 14. II. u. Dermatolog. Zeitschr. S. 378 u. 499.
35. Derselbe, Ein Fall von herdförmiger Pigmentanomalie der Kopfhaare. Dermatol. Zeitschr. S. 501.
36. Derselbe, Fibroma molluscum Virchow. Dermatol. Zeitschr. S. 660.
37. Westberg, Psoriasiforme Erkrankung mit exquisitem Leukoderma. Ärztl. Verein in Hamburg. 27. VI.
38. Wolff, Fall von Leukoderma beim Manne. Unterelsäss. Ärzteverein in Strassburg. 25. XI.

Zunächst findet sich eine zusammenfassende Arbeit über den bisherigen Stand unserer Kenntnisse vom Pigment von Ehrmann (5) in Mračeks Handbuch. Nach einleitenden Bemerkungen über die Natur des Pigments werden von ihm besprochen: erstens die Hyperpigmentierungen durch äussere Einflüsse und anderweitige Erkrankungen, durch Licht und Röntgenstrahlen, durch mechanische und chemische Reize, durch künstliche Farbstoffe; zweitens die pathologische Hautentfärbung und schliesslich Diagnostik und Therapie. (V.)

Mit der Genese des Epidermispigmentes beschäftigt sich Grund (14).

Etwas Neues betreffs der Natur des Farbstoffes bringt Vörner (34). Seine Untersuchungen sind an Ephеliden von intensiv gelber Färbung angestellt. Der Pigmentgehalt, den wir im Paraffin- oder im Celloidin-Schnitt feststellen, entspricht nicht demjenigen, welchen die Ephelide in vivo enthielt. Vielmehr weist Vörner nach, dass ein Teil, und zwar hellgelbes Pigment, durch die Präparation zerstört wird. Das nur bisher bekannte festere Pigment geht möglicherweise aus diesem leicht zerstörbaren hervor. (V.)

Eine vom normalen Typ abweichende Pigmentierung bringt Leiner (18). Er stellt einen Knaben mit dunkelbrauner Hautpigmentierung bei blonden Haaren und starker Irispigmentierung vor. (V.)

Ein Fall von Pigmentveränderung der Kopfhaare wird mitgeteilt von Vörner (35). Es trat in diesem Fall einseitig in scheibenförmigen Herden eine Pigmentveränderung an den Kopfhaaren auf, indem dieselben bei sonst schwarzer Behaarung hellblond wurden. (V.)

Über Hyperpigmentierung artifizieller Natur berichtet Fordyce (11). Er stellt einen Fall von Pigmentierung der Gesichtshaut, die durch Röntgenstrahlen hervorgerufen ist, vor. (V.)

In der schon erwähnten Arbeit Grunds (14) führen Versuche mit Röntgenbestrahlung der Haut zu dem Ergebnis, dass die Pigmentbildung in den Epidermiszellen vor sich geht. (V.)

Eine Anzahl von Arbeiten und Krankendemonstrationen erwähnen das Vorkommen von Pigment hei Nävis, Födisch (10), Gidon (12 n. 13), Hang (15), Schamberg n. Hirschler (25), Scherher (26), Schreiber (27), Trimble (32).

Histologische Untersuchungen bringt Hodara (16) über einen Fall von strichförmigem warzigem Nävus auf einer Seite, sogen. systematischem oder Nervennävns. (V.)

Nach Polland (23) ist in grösseren Geschwülstchen von systematisierten Nävis histologisch Pigment nachweisbar. (V.)

An der Rückbildung von Nävis nimmt nach Spitzer (30) anch das Pigment teil. (V.)

Schliesslich beschreibt Buschke (2) einen Naevus pigmentosus, der an einer beschränkten Stelle anch als pilosus nnd in geringem Umfange als vasculosus besteht. Keine histologische Untersnchung. (V.)

Weiterhin liegen Berichte von verschiedenen Hantkrankheiten vor, bei welchen Pigment vorkommt, von Bandler (siehe Abschnitt: Atrophien etc. der Hant), von Fasal (siehe Abschnitt: Keratosen) nnd von Gassmann (siehe Abschnitt: Entzündliche, hlasenbildende Hautkrankheiten nsw.).

Über Pigmententfärbnng bei einem Fall von Fibroma mollnscum Virchow berichtet Vörner (36). Nehen reichlichen Pigmentflecken wird zum ersten Male bei dieser Krankheit ein ausgedehnter Vitiligo beobachtet. (V.)

Über Vitiligo sprechen weiter Ehrmann (7) und Spiegler (29). Ferrio (9) bringt Vitiligo in Znsammenhang mit einem Hirntnmor, Thibierge (31) mit Syphilis. (V.)

Über Leucoderma herichtet Cheatle (3), Robbins (24) und Wolff (38), speziell über das sogenannte Leucoderma psoriaticum Bnschke (1), Ehrmann (6), Ledermann (17), Nobl (22) und Westberg (37). (V.)

Schliesslich ist noch eine histologische Beohachtung Mac Leods (19) über das Vorkommen von Blntpigment zu berichten. Von ihm wird eisenhaltiges Pigment in der Umgebung erweiterter Kapillaren festgestellt. (V.)

Valude (33) stellte eine Patientin znerst als angeblich mit Chromhidrose eines Unterlides, mit Übergreifen auf die Bindehant, behaftet vor. (Färbung der Haut, Schuppenbildung, dahei gleichzeitig angeblich Cancroide des Unterlides.) Der Dermatologe Darier demonstrierte danach den Fall in der Pariser Dermatologischen Gesellschaft. Dort wurde die Diagnose auf: „Mélanose en taches progressives“ oder „Lentigo maligna seninm“ gestellt und von irgendwelchen Eingriffen abgeraten, da dieses sehr bösartige Leiden sehr häufig zur Bildung bösartiger Geschwülste führe. (O.)

XXVII.

Gutartige Neubildungen.

Bearbeitet von **P. Thimm**-Berlin, mit Beiträgen von **Arthur Alexander**-Berlin, **Bernhardt**-Warschau (im Auftrage von **v. Watraszewski**-Warschau), **Churchman**-Baltimore, **Ehrmann**-Wien, **Kanitz**-Klausenburg (im Auftrage von **v. Marschalkó**-Klausenburg), **Selenew**-Charkow, **Töplitz**-New York, **Török**-Budapest, **Verrotti**-Neapel (im Auftrage von **De Amicis**-Neapel), **Vörner**-Leipzig und **Ch. J. White**-Boston.

Literatur:

1. Aievoli, E, Sulle intime rispondenze etiologiche e patogeniche fra lipomi, adiposi dolorosa, adenolipomatosi. Morgagni, August und September.
2. Bainbridge, William Seaman, Two cases of special interest. II. Large angioma hypertrophicum of face. Buffalo med. journ. Vol. 44. S. 568.
3. Blaschko, Fall von Lymphangiom mit naevusartigem Charakter und fibromatösen Strängen in der Tiefe (mit Diskussion von Lesser). Verhandl. der Berliner Dermatol. Ges. 9. V.
4. Derselbe, Präparate einer traumatischen Horncyste (mit Diskussion von Buschke). Verhandl. der Berliner Dermatol. Ges. 9. V.
5. Bosc, Sur le molluscum contagiosum. Soc. de biol. 20. Mai.
6. Brault, J. et Tanton, J., Etude clinique et anatomo-pathologique d'une tumeur paradoxale observée sur la plante du pied d'un indigène algérien. Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol. Mai.
7. Buschke, Fall von zahlreichen Mollusca contagiosa, mit Exfoliierung durch Pyodermie. (Diskuss. von Rosenthal.) Verhandl. der Berliner Dermatol. Ges. 9. V.
8. Derselbe, Fall von Rhinosklerom. Berl. med. Ges. 22. II.
9. Cecca, B., Sulla istogenesi del lipoma. Clinica moderna. 1. Febr.
10. Coenen, H., Bericht über in der Poliklinik der Kgl. Universitätsklinik zu Berlin behandelte Geschwülste (1. IV. 03. — 1. IX. 04.) Arch. f. klin. Chir. Bd. 78. S. 679.
11. Courant, Über die Vereisung spitzer Kondylome mittelst Äthylchlorid. Allg. med. Zentr.-Ztg. 2. Sept.
12. Drenw, Zur Heilung der Naevi vasculosi und der Trichophytie. Monatsh. f. prakt. Dermatol. Bd. 40.
13. Dreydorff, Heinr., Eine Brustwarzengeschwulst. (Fibroma pendulum.) Münch. med. Wochenschr., S. 557.
14. Egdahl, A., Report of a case of molluscum contagiosum. Amer. Journ. of the med. Scienc., Juli.
15. v. Eiselsberg, Mädchen mit Gefässgeschwulst über dem rechten Os parietale. Ges. der Ärzte in Wien. 3. II.
16. Fasal, Fall von Recklinghausenscher Krankheit. Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 10. V.
17. Felländer, J., Zur Kasuistik des Adenoma sebaceum disseminatum. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 74. S. 203.
18. Fieschi, Davide, Beitrag zum Studium der branchiogenen Neubildungen. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 75. S. 17.
19. Fischer, Bernhard, Über ein Embryom der Wade. Münch med. Wochenschr. S. 1569.
20. Flatan, Präparat eines Desmoids der Bauchdecken. Nürnberger med. Ges. u Polikl. 18. V.
21. Fleischmann, C, Beitrag zur Kasuistik des Adenoma hidradenoides vulvae. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. S. 497.
22. Fochessati, A., Risultati ottenuti colla radioterapia in un caso grave di angioma congenito teleangectasico. Nuovo raccoglitore med. März.

23. Freund, L., Durch Röntgenstrahlen geheilter Fall von Rhinosklerom. Ges. der Ärzte in Wien. 9. VI.
24. Derselbe, Fall von Rhinosklerom. Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 7. VI.
25. Futcher, Thomas, B., Xanthelasma and chronic jaundice. Transact. of the Assoc. of American Physicians. Vol. 20. S. 239.
26. Derselbe, Xanthelasma and chronic jaundice. Amer. Journ. of the med. Scienc. Dezember. Bd. 130. S. 939.
27. Gallant, A. E., Healed keloid. New York. Acad. of Med., Sect. on surg. 3. II. (Diskuss. Fisk, Allen, Morrie, Moseley).
28. Gaucher et Druelle, Xanthélasme aiga. Journ. des mal. cut. et syph. S. 187.
29. Genevois, E., Contribution à l'étude des myomes cutanés. Thèse de Lyon.
30. Grillo, G. A., Sull' adenoma delle ghiandole sudoripare e suoi rapporti coi cilindromi et endoteliomi cutanei. Arch. per le science med. XXIX. 3.
31. Gutmann, C., Über Pseudoxanthoma elasticum (Darier). Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 75. S. 317.
32. Derselbe, Pseudoxanthoma elasticum. Unterelsäss. Ärzteverein in Strassburg. 28. 1.
33. Hélie, G. L., Influence des rayons X sur l'évolution des néoplasies cutanées. Thèse de Paris.
34. Heller, J., Beiträge zur Pathologie der spitzen Kondylome. Dermat. Zeitschr. S. 670.
35. Heller, Zur Pathologie der spitzen Kondylome (mit Diskussion von Pinkus, Buschke, Gehert). Verhandl. der Berliner Dermat. Ges. 14. III. (Originalarbeit: Dermat. Zeitschr. Bd. XII. S. 670.).
36. Hoenigsberger, Leo, Ein Fall von beiderseitigem Lipoma mammae. Münch. med. Wochenschr. S. 222.
37. Holländer, Subkutane benigne Epidermisgeschwulst. Freie Vereinig. der Chirurgen Berlins. 10. VII.
38. Juliusberg, Max, Zur Kenntnis des Virus des Molluscum contagiosum des Menschen. Deutsche med. Wochenschr. S. 1598.
39. Derselbe, Erfolgreiche Inokulation von Molluscum contagiosum. Breslauer Dermat. Verein. 12. 1.
40. Kopp, Carl, Zur Kasuistik des Naevus vasculosus verrucosus faciei (Darier). Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 84. Heft 1/4 (Festschr. f. G. Merkel-Nürnberg). S. 135.
41. Krzyeztalowicz, Przypadek licznych mieśniaków skóry. (Ein Fall multipler Myome der Haut). Przeglad lekarski. Nr. 42. S. 657.
42. Laignel-Lavastine et Bourcy, Lésions histologiques des tumeurs fibromateuses ou neuro-fibromateuses dans un cas de maladie de Recklinghausen. Soc. méd. des hôp. 13. Jan.
43. Laignel-Lavastine et Leroy, R., Cas de neurofibromatose avec autopsie. Soc. méd. des Hôp. 3. u. 10. Febr.
44. Ledoux, E., Un cas de dermofibromatose pigmentaire généralisée. Rev. méd. de la Franche Comté. Febr.
45. Littlewood, H., Telling, W. et Scott, S., A case of multiple neurofibromatosis. Lancet. 8. April.
46. Loewenhardt, Fall von über den Rumpf ausgebreitetem Molluscum contagiosum. Schles. Ges. f. vaterländische Kultur. 10. XI.
47. Derselbe, Fall von Naevus vasculosus, fälschlich als arteriosklerotischer Befund gedeutet. Schles. Ges. f. vaterländ. Kultur in Breslau. 3. III.
48. Lustgarten, Xanthoma diabeticum tuberosum. Journal of the cutaneous Diseases. Bd. XXIII. S. 174.
49. Markwald, Lipomatosis einzelner Extremitäten. (Diskuss. Krabbel). 18. and 19. Vers. der Vereinig. niederrheinisch.-westfäl. Chirurgen.
50. Martini, E., Angioma cavernoso multiplo della mammella. Morgagni. Dez.
51. Matzenauer, Fall von Mollusca contagiosa des Gesichtes, der behaarten Kopfhaut und der Analgegend. Ges. der Ärzte in Wien. 17. XI.
52. Maximow, W. W., Lipoma pendulum permagnum labii majorie dextri. Russischer Arzt. Nr. 9.
53. Meek, Edith, R., A case of neurofibroma (disease of Recklinghausen). Boston med. and surg. Journ. 30. März.
54. Merk, Ludw., Über die multiple Neurofibromatose. (Fibromata mollusca). Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 73, S. 139.
55. Migliorini, G., Mioma periovascolare della pelle; angiomioma. Giorn. it. delle malatti veneree e della pelle Fasc. 1. S. 51.

56. Moldovan, J., Über kongenitale Sarkom- und Fibrombildung der Haut. Prag. med. Wochenschr. 20. und 27. Juli.
57. Moseley, Henry Perkins, Treatment of keloid by the X-ray. New York Acad. of Med. Sect. on surg. 3. II.
58. Mosny, Télangiectasies acquises chez un saturnin. Soc. méd. des hôpitaux. 10. Novemb.
59. Mraček, Fall von Xanthoma tuberosum bei einem Diabetiker. Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 24. V.
60. Neumann, M., Operationslose Behandlung der Angiome. Deutsche med. Wochenschr. S. 792.
61. Nogier, Th., Radiothérapie de la maladie de Dercum et des lipomes simples. Sem. méd. S. 258.
62. Ophüls, W., Coccidioidal granuloma. Journ. of the Amer. med. Assoc. 28. Okt.
63. Payr, Weitere Erfahrungen über Angiombehandlung mittelst Magnesiumpfeilen. 77. Vers. deutscher Naturforscher und Ärzte, Abt. f. Chir.
64. Pels-Leusden, Über multiple symmetrische Lipome. Freie Vereinig. der Chirurgen Berlins. 9. I.
65. Pick, L., Hidradenoma und Adenoma hidradenoides. Virch. Arch. Bd. CLXXV H. 2. S. 312.
66. v. Poor, Beiträge zur Klinik und Anatomie des sogenannten Adenoma sebaceum. Monatsh. f. praktische Dermatol. Nr. 7.
67. Powers, C. A., Fibroid growths of the abdominal wall. Journ. of the Amer. med. Assoc. 2. September.
68. Preble, Robert, B., Multiple neurofibromata. Chicago med. Soc. 5. IV.
69. Riehl, Mädchen mit Adenoma sebaceum. Ges. der Ärzte in Wien. 10. III.
70. Rolando, S., Sopra un tumore misto congenito della lingua. Riforma med. 9. Dez.
71. Saalfeld, Fall von zahlreichen Neurofibromen. Verhandl. der Berliner Dermatol. Ges. 20. VI. (Diskuss. Wechselmann.).
72. Schein, M., A condyloma acuminatum fagyasztással való gyógykezelése. (Die Behandlung des Condyloma acuminatum mittelst Erfrierung). Gyógyászat. Nr. 3.
73. Derselbe, Radiographisch geheilter Fall von Rhinosklerom. Budapester kgl. Ärzteverein. 11. II.
74. Derselbe, Traitement du condylome acuminé par la congélation. Sem. méd. S. 69.
75. Scherber, A., Fall von Rhinosklerom. Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 11. I.
76. Schor, G. W., Zwei Fälle des sog. Lymphangioma cutis circumscriptum. Russisches Journal der Haut und venerischen Krankheiten. T. IX. Febr. 89.
77. Schridde, Herm., Zur Histologie des Rhinoskleroms. Ein Beitrag zur Plasmazellenfrage und zur Genese der hyalinen Körperchen. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 73. S. 107.
78. v. Schrötter, H., Verbreitung des Rhinoskleroms. Ges. f. innere Medizin u. Kinderheilk. in Wien. 25. V. (Diskuss. Weil, C. Sternberg, Weinlechner, Hebra.).
79. Sebileau et Pautrier, Tumeur papillomateuse de la langue datant de vingt-cinq ans et simulant un cancer. Soc. de chir. 8. u. 15. Febr.
80. Sick, Konrad, Schaumzellentumor der Haut. Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. u. f. klin. Med. Bd. 179. S. 550.
81. Simon et Hocha, Autopsie d'un cas de neurofibromatose avec lésions des ganglions des racines postérieures. (Diskuss. L. Bernard et Bigart.) Soc. de biol. 25. Nov.
82. Skoczynski, Anatomische Präparate von Neurofibromatose der Haut und des Gehirns. Psychiatr. Verein zu Berlin. 18. III. (Diskuss. Henneberg).
83. Spitzer, E., Fall von Condylomata acuminata um den Anus bei einem 11 monatlichen Mädchen mit dunkler Ätiologie (mit Diskussion von Matzenauer). Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 8. II.
84. Sukkow, K., Fall von Fibroma molluscum multiplex mit Entwickelungsfehler des Auges. Med. Obozr. 64. 18.
85. Swoboda, Norbert, Über Selbstheilung von Angiomen. Wiener med. Bl. S. 129.
86. Taddei, D., Sulla questione delle fibre elastiche nel cheloide cicatriziale. Sperimentale. 59. 5.
87. Tapie, J., Kystes épidermiques et cellules géantes. Arch. provinc. de chir. August.

88. Teuber, Siegfr., Haemangioma cavernosum venosum capitis. Wiener med. Wochenschr. S. 938.
89. Toeplitz, M. and Kreuder, H., Rhinoscleroma. Amer. Journ. of the med. Scienc. Juli.
90. Toeplitz, Max and Kreuder, Henry, Rhinoscleroma; with presentation of case, specimens and stereopticon views. New York Acad. of Med. 19. I.
91. Ullmann, Fall von traumatischem Lymphangiom der Oberlippenschleimhaut. Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 8. II.
92. Vörner, Hans, Fibroma molluscum Virchow. Dermatol. Zeitschr. S. 660 (siehe auch Abschnitt: Pigmentanomalien).
93. Derselbe, Fall von Fibroma molluscum mit Rückbildungserscheinungen. Med. Ges. zu Leipzig. 14. II.
94. Wechselmann, Fall von ausgedehntem Neurofibrom mit Pigmentflecken. Verein f. innere Med. in Berlin. 4. VII.
95. White, Fordyce's disease. Journ. of cutan. dis. März.
96. Wilhelm, Fall von Syringocystadenom (mit Diskussion von Ehrmann, Neumann). Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 8. II.
97. v. Zumbusch, Mann mit allgemeiner Neurofibromatosis. Ges. der Ärzte in Wien. 27. X.

Im Bericht Coenens (10) über die Karzinome werden vier Fälle von Geschwüren nicht karzinomatöser Natur besprochen. Sie waren von so suspektem Aussehen, dass unbedenklich die Operation vorgenommen wurde. Erst die Biopsie lehrte, dass es sich nur um einfache ulzerierte Granulationen handelte. — Dermatologisch interessant sind die Beschreibungen von drei traumatischen Epithelcysten der Haut. In den beiden ersten Fällen waren es Cysten mit dermoidähnlichem Inhalt, deren Wand nur teilweise von geschichtetem Plattenepithel ausgekleidet war, während der grösste Umfang aus Granulationsgewebe bestand, zum Teil auch Riesenzellen enthielt. Im dritten Fall handelte es sich um eine harte, bläuliche, halbpflaumengrosse Geschwulst mit einem aus unorganisiertem Blutgerinnsel bestehenden Mantel und einem aus nekrotischen Massen bestehenden Kern. Dreissig Jahre wurde der Tumor durch immer erneute Blutnachschübe unterhalten. — Ein bemerkenswerter Fall findet sich unter den Fibromen: Kleine, weiche Tumoren am Hinterkopf, welche mikroskopisch deutlich die Kernwucherung des Bindegewebes um die Gefässe zeigen, während in den älteren, härteren Knoten dicke Ringe fibrösen Gewebes die obliterierten Gefässe einscheiden. — Als Granulome werden neun Geschwülste beschrieben, welche einen Übergang zu den Sarkomen bilden, da sie aus embryonalem Bindegewebe bestehen, welches in manchen Fällen durchaus sarkomatös aussah. Die Tumoren sitzen an Stellen, wo infolge von Traumen leicht Gelegenheit zu Granulationsbildung gegeben war: sechs an der Unterlippe, einer am Kinn, einer an der Mamilla, einer in der Hohlhand. Klinisch handelt es sich um höckerige, häufig ulzerierte, leicht blutende, rezidivierende Geschwülste mit roter Oberfläche. — Unter den sechs Fibrosarkomen der Haut erscheint von Wichtigkeit in einem Falle das Entstehen aus einem Impfkeloid nach dreissig Jahren, in einem zweiten und dritten Falle die Entwickelung aus einem Fibrom des Hinterkopfes und aus einem jugendlichen Pigmentum. — Unter den acht Papillomen sind zwei Fälle von Schleimhautpapillomen dadurch bemerkenswert, dass jedesmal die Kontaktfläche des einen Papilloms der Sitz des anderen war, eine Beobachtung, die nach Coenen den Gedanken einer Kontaktinfektion nahelegt. — Drei entzündliche Haut-Tumoren traumatischen Ursprungs erweisen sich mikroskopisch als einfache Infiltrate, die zum Teil Hohlräume einschliessen.

— Unter den fünf Fälleu vou tuberknlösen Tumoreu sind zwei mit grosser Wahrscheinlichkeit als Impftuberkulose anzusprechen, davon der letzte ein Tierarzt iufiziert mit perlsüchtigem Material. (Th.)

Demonstration einer grosseu, subkutan gelegeuen Cyste durch Holländer (37), in die von allen Seiten papilläre Wucherungen erfolgt sind. Die Wandungeu hestehen ans degenerierten Epidermiszelleu mit vielschichtigem Plattenepithel. Holländer fasst das Gehilde als eiuen Naevus hypertrophicus subcutaneus auf. (Th.)

Klinisch zeichnet sich der Rhinosklerom-Fall von Schridde (77) durch das Fehlen der charakteristischen Härte ans, an deren Stelle weiche und nlzerierte Infiltrate hestehen. So war mikroskopisch auch das Fehleu vou kollagenem Gewehe zu konstatieren. — Die Plasmazellen. Neben zahllosen typischeu Plasmazellen findeu sich einige wenige Plasmamastzellen (Krompecher, Marschalkó, Pappenheim), das siud Zellen, welche nach Färhnng mit polychromem Methylenhlan rotgefärhte Körner aufzuweisen hahen. — Die Mikuliczschen Zellen siud nach Schriddes Untersuchnngen schleimig degenerierte Plasmazellen. Er hat alle Übergaugsformen von der unveränderten Plasmazelle zu der Mikuliczschen Zelle uud zu den daraus entstehenden Vakuolen oder Hohlränmen gesehen. — Die Sklerombazillen. Die Hauptstätten ihres Vorkommens sind die Bezirke, in denen die Miknliczschen Zellen dominieren. Aus seinen Befundeu schliesst Verf., dass die Miculiczsche Zelle eiumal durch das Eindringen der Bazillen in die Plasmazelle und zweitens durch eine toxische Fernwirknng der Mikroorganismen erzeugt wird. — Die hyalinen Kngeln. Schridde glaubt durch den von ihm erbrachten Nachweis der Granula in deu Plasmazellen mit Sicherheit feststellen zn können, dass die hyalinen Gebilde mit diesen Granulationeu in genetischem Zusammenhang stehen. Nur werden hier und hei anderen gewöhnlichen Grauulationen, uicht wie hei den Mastzellen hasophile, sondern nentrophile Granula acidophil. Damit erhält gleich die Lehre Hansemanns, Luharschs, Torels eiue neue Stütze, dass nämlich die Entstehung der hyalineu Gehilde auf Veränderungen von Zellgranula znrückzuführen ist. Die hyalinen Körpercheu sind also im vorliegendem Falle ans den uentrophilen Granula der Plasmazellen herznleiten. (Th.)

Die ganze Nase nnd Oherlippe eines Patienten von Freund (24) ist verdickt und derh, die Gegend der Nasenwurzel verhreitert und eingesunken. In deu Nasenlöchern Wucherungen his zu Bohnengrösse; der Introitus war links his auf eine 1 mm hreite Spalte eingeengt. Nur rechts war das Nasenatmen noch möglich. Ganmensegel, Tousillen, Uvula gleichfalls erhehlich erkrankt. — Nach 23 Röntgenbestrahlungeu von je 6 Minuten Dauer erscheint die Nase his auf ein geringes Infiltrat am Nasenrücken fast normal, ehenso die Oherlippe. Die Physiognomie hat deu aussergewöhnlichen Charakter verloren. Die Nasenatmnng geht beiderseits gleich gut vor sich. (Th.)

Unter den fünf Fällen vou Rhinosklerom, die in New York heobachtet wurden, sind die heiden von Toeplitz (89) herichteten Fälle 25- resp. 27jährige jüdische Frauen aus Galizien. Die erste hatte gleichzeitig eine Geschwulst im Munde und in der Nase, die drei Jahre lang verstopft war. — Der zweite Fall hesass eine Verschlechterung der Naseuatmung während acht Jahre, wohei die linke Nasenseite durch eine auf dem Flügel nnd Boden hreit aufsitzende Schwellung gäuzlich, die linke durch infiltrierte Falten teilweise verlegt war. Im Nasenrachen-

ranm zeigte sich eine Knötchenschwellnng seitlich und auf dem Gaumensegel; das Zäpfchen fehlte. Kreuder giht eine detaillierte histiologische nnd hakteriologische Beschreibung nnd erklärt den Bacillus morphologisch als dem Friedländerschen Bacillns gleich; der Sklerombacillus ist gegen die Gramsche Färbung positiv, der Friedländersche Bacillns negativ. (T.)

Die Behandlnng wurde von Schein (73) anf die Weise vorgenommen, dass der ans der Nasenöffnung herausragende rhinoskleromatöse Tumor ahwechselnd von der Nasenöffnnng her, bald vom Nasenflügel her der Wirkung der Röntgenstrahlen ausgesetzt wurde. Der Tnmor schwand nach fünf Expositionen. Die tiefer gelegenen rbinoskleromatösen Veränderungen konnten dnrch die Röntgenstrahlen nicht heeinflusst werden. (Tör.)

Die ansgedehnten Infiltrate sind nach 23 Bestrahlungen durch Frennd (23), ohne zu zerfallen, mit Ausnahme einer restierenden Verdickung an der linken Nasenseite völlig geschwunden. (Th.)

Wegen der Wichtigkeit dieser Erkranknng, insbesondere auch für die Epidemiologie, hat v. Schrötter (78) zur hesseren Orientierung üher die Verhreitung Karten anfertigen lassen. Er hat auch die Aufmerksamkeit der Behörden wachgerufen, da das Sklerom von Rnssland, Galizien und Mähren nacb Wien eingeschleppt wird. In Dentschland soll die Frage der Verbreitnng nnter Gerbers Leitung stndiert werden. v. Schrötter hält ein internationales Vorgehen für angezeigt. (Th.)

Die Demonstration Bnscbkes (8) ergibt nichts Neues. (Th.)

Bei der ziemlich umfangreichen Affektion in Scherbers (75) Falle wnrde mit Röntgenstrahlen in 6 Sitzungen von je 6 Minuten Daner eine bedeutende Bessernng erzielt. (Tb.)

Es handelt sich in Fieschis (18) Fall um eine snbkutane, abgekapselte, 2 × 0,5 cm grosse, drüsenähnliche Geschwulst der Schnlter. Die mikroskopische Untersnchnng ergab folgendes: 1. ein epidermoidales Gewehe, ähnlich der normalen Hant; 2. ein junges Bindegewebe, aus welchem sich zahlreiche Riesenzellen entwickeln. Diese endothelialen Riesenzellen zerstören dnrch Phagozytose die Epitbelstränge. Die dnrch Lakunen gut markierten Zerstörungsstellen werden von gewöhnlichem Bindegewebe ersetzt. Demnach hält Fieschi den Tnmor für ein Epidermoid oder für einen seltenen Fall von Kiemeninklusion sehr leichter Art. (Th.)

Patientin Lustgartens (48), eine Frau von 45 Jahren mit Diahetes; Zucker im Urin zuzeiten 3—5 v. H. Mit wachsender Zuckermenge brachen gelhlichweisse, harte, schmerzhafte Geschwülste von verschiedener Grösse am Körper aus. Vorzngsweise traten diese an Hand, Knöcheln, Ellhogen und Kniee auf. Nacken, Gesicht, Kinn, Lippen und sogar die Schleimhäute des Mundes waren manchmal affiziert. Ein erythematischer Zustand ging der Bildung der Knötchen voraus. Diese waren druckempfindlich nnd riefen, infolge des Befallenseins der Sehnen und Fascien, Kontraktionen und Bewegungsstörungen hervor. Zeitweilige Erleichterung verschafften Jodmittel und Röntgenstrahlen. (Ch.)

Der Fall Mračeks (59) hietet nichts Neues. (Th.)

Xanthelasma tritt mit chronischer Gelbsucht verhältnismässig selten anf. Futcher (26) berichtet üher drei Fälle ans Oslers Klinik; heiläufig die einzigen Fälle, die in den 16 Jabren des Bestebens dieser Klinik bei einer Aufnahme von 18400 medizinischen Fällen vorgekommen sind. Im ersten Falle waren die Xanthome auf dem Augenlid, den

Armen nnd Händen, der oberen Brusthälfte und den Zehen. Der Patient hatte Typhns, Cholecystitis nnd Gallensteine gehabt und litt an chronischer Gelbsucht in Verbindung mit verspäteter Koagnlationsperiode und dem Symptomenkomplex des Gallensteins im gemeinschaftlichen Gallengang. Patient wurde laparotomiert, und die Xanthome verschwanden später von selbst.

Eine zweite Patientin litt an Steinen im Ductus communis und hepaticus, hypertrophische Cirrhosis in der Gallenblase war zn konstatieren, und Gelbsncht hatte Patientin seit zehn Jahren gehabt. Xanthome traten auf acht Jahre nach Ausbruch der Gelbsucht auf Augenlidern, Händen, Fingern, Ellenbogen, Achselhöhlen, Gesäss, Knien und Füssen. Die Frau starb nach schweren Uternsblutungen.

Eine dritte Patientin zeigte hypertrophische Cirrhosis der Leber, litt an Uternsblntungen nnd hatte 1½ Jahre Gelbsucht, ehe die Xanthome auftraten.

Fälle, in denen das Xanthelasma auf die Augenlider beschränkt ist, kommen häufiger vor, als solche, bei denen die Herde mehr verteilt sind. Die Mehrheit der letzteren Formen sind entweder bei jungen Patienten angehoren oder treten bei Erwachsenen mit Gelbsncht oder Glykosnrie auf. Xantheme treten auf in zwei Formen: entweder als flache Flecken (Xanthema plannm) oder als Knötchen (Xanthema tnberculatum oder tnberosum). Die Krankheit sitzt in den Augenlidern, nahe beim inneren Winkel des linken Oberlides.

Beträchtliche Meinungsverschiedenheit besteht über die Pathologie dieser Krankheit. Mikroskopische Präparate, die den hier mitgeteilten Fällen entstammen, zeigen, dass die Nenbildnngen endothelischen Ursprnnges sind, obgleich viele Fälle in der Literatur als Lipome beschrieben worden sind. (Ch.)

Der 52jährige Kranke Gauchers nnd Druelles (28) wurde in wenigen Tagen von einem den ganzen Körper, mit Ausnahme des Gesichtes, der Hände und der Geschlechtsorgane, einnehmenden Exanthem befallen. Dasselbe bestand ans Papeln von gleichmässig roter Farbe, von denen die meisten im Zentrum von einem kleinen gelblichen Knötchen besetzt waren. Die histologische Untersuchnng bestätigte die Diagnose, vor allem durch den Nachweis von Xanthemzellen. (Vö.)

Die 23jährige Patientin Gutmanns (31) mit Pseudoxanthoma elasticum zeigt in typischer Weise zahllose weissliche oder leicht gelbliche, annähernd elfenbeinfarbige, etwas überragende Plaqnes am Halse lokalisiert. Von drei Geschwistern sollen zwei an dem gleichen Leiden erkrankt sein. Mikroskopische Untersnchung: Im Papillarkörper, neben zahlreichen goldgelbes, körniges Pigment führenden Zellen und freiem Pigment, Anhäufungen von Lymphozyten nnd ziemlich zahlreichen Mastzellen. Von den oberen Cutisschichten scharf abgesetzt bis zur Tiefe der Schweissdrüsenknäuel, seitlich von den Follikeln begrenzt, sieht man ein breites Band von Knäueln und Krümeln, welche die Weigert- und Unna-Tänzersche Färbung als veränderte elastische Fasern offenbart. Das kollagene Gewebe ist nicht verändert. — Unter besonderer Berücksichtigung des fast immer festgestellten frühen Anftretens der Affektion spricht Gutmann seinen, Balzers nnd Werthers Fälle als Naevi an und meint das Pseudoxanthema elasticnm als „Naevus elasticus" bezeichnen zu müssen. — Von der senilen Degeneration der Hant, vom Colloidoma miliare nnd von der kolloiden Degeneration im Narben- nnd Granulationsgewebe unterscheidet sich das Pseudoxanthema elasticnm vornehmlich durch

das Fehlen primärer oder hervorstechender Abweichungen des kollagenen Gewebes und durch die Lokalisierung der Veränderungen an den elastischen Fasern in den unteren Zweidritteln der Cutis, während das obere Drittel, insbesondere der Papillaranteil ganz verschont bleibt. (Th.)

Es finden sich in Gutmanns (32) Falle zahllose, vielfach konfluierende, flach papulöse Effloreszenzen von Elfenbeinfarbe am Halse der vorgestellten Kranken lokalisiert. Von drei Geschwistern haben zwei die gleiche Affektion. (Th.)

Fall I von Merk (54) mit multipler Neurofibromatose ist ausser der üblichen „Trias von Symptomen", nämlich der Hauttumoren, der Pigmentationen, der schmerzhaften Neurome, dadurch besonders bemerkenswert, dass sich in der rechten Klavikulargegend eine Anzahl pigmentloser, deutlich atrophischer Flecke verschiedenster Form und Grösse etabliert hatten. Dieser Zustand, für den Merk den Namen Leucoderma atrophicum vorschlägt, ist bei der Neurofibromatosis noch nicht beschrieben. Die inselförmigen, bläulichen Atrophien Rilles betrafen nur die Hautdecke resorbierter Tumoren. Merk fasst seinen Befund nicht als Zufall, sondern als ein, wenn auch seltenes, Symptom der Krankheit auf. — Fall II, mit Pigmentation und Hauttumoren, gelangte zur Sektion. Dabei wurde eine erhebliche Volumszunahme (Gänseeigrösse) der linken Nebenniere und mikroskopisch spärliche „Entzündungsbilder" festgestellt. Merk lässt die Frage offen, ob nicht wenigstens zwischen der Pigmentation und der Nebennierenerkrankung Beziehungen bestehen. (Th.)

Nichts Neues in Fasals (16) Fall von Recklinghausenscher Krankheit. (Th.)

Nichts Neues in Wechselmanns (94) Falle. (Th.)

Ausser zahlreichen Neurofibromen bestehen in Saalfelds (71) Fall verschiedene Angiome und starke Pigmentationen. Ein einziger Tumor am Oberschenkel ist auf Druck schmerzhaft. Ein Intelligenzdefekt ist nicht vorhanden. (Th.)

Ausser den überaus zahlreichen, bis taubeneigrossen Tumoren finden sich bei dem Kranken Zumbuschs (97) viele hirsekorn- bis linsengrosse Pigmentflecke, leichter Intelligenzdefekt, geringgradige Skoliose. (Th.)

Ausser sehr zahlreichen grösseren und kleineren Geschwülsten des Fibroma molluscum ist bei der 30jährigen Kranken Vörners (92) eine aussergewöhnliche Pigmentalteration bemerkenswert. Neben kleineren, fleckenförmigen, sommersprossenähnlichen Pigmentflecken im Gesicht und Nacken findet man die verschiedensten Grössenabstufungen an der Haut des Körpers bis zu einer massigen, diffusen, schwimmhosenartigen Pigmentierung der Hüftpartie. Das Anffallendste ist jedoch eine handtellergrosse Depigmentierung der Haut zwischen den Schulterblättern. Aus Vörners mikroskopischer Untersuchung erhellt, dass die Entwickelung des Fibroma molluscum aus typischem, jungem Bindegewebe hervorgeht. Um Keimzentren von rundlichen oder polygonalen Zellen mit einem oder mehreren kugeligen Kernen legen sich konzentrisch zuerst Spindelzellen mit grossem, länglichem Kern, bei weiterem Wachstum sich schichtende Fibrillen an. Aber nicht die Grösse des Fibroms selbst, wie bisher fälschlicherweise angenommen wurde, bedingt die Bildung fibrillärer Substanz, sondern die Ausdehnung des von einem Wachstumszentrum gebildeten Knotens.

Für besonders wichtig erklärt Vörner die von ihm zuerst gemachte Beobachtung, dass die jungen Bindegewebszellen nicht bloss zu Fibrillen, sondern zu wirklichen kollagenen und elastischen Fasern ausreifen können. Auf Grund der mikroskopischen Untersuchung eines in der ersten Entwickelung begriffenen, miliären Knötchens, welches keinen Nerven einschloss, wird gefolgert, dass v. Recklinghausens Theorie, nach der das Fibroma molluscum durch Wucherung des Nervenbindegewebes entstehen soll, nicht haltbar ist. (Th.)

Einzelne Knoten in Vörners (93) Fall weisen deutliche Rückbildungserscheinungen auf. (Th.)

Weder ist die Frage nach der Kontagiosität der Spitzwarzen gelöst, noch sind die Versuche, den Erreger zu finden, geglückt. Heller (34) erklärt es deshalb für dringend nötig festzustellen, wie häufig spitze Kondylome bei sexuell miteinander verkehrenden Personen vorkommen. Er selbst hat nur einmal bei einem Ehepaar diese Beobachtung gemacht. Gonorrhöe oder Lues waren nicht vorhanden. Ausführlich wird der mikroskopische Befund eines vom Penisschaft entnommenen Kondyloms mitgeteilt. Die lockere Aufschichtung der auf enorm verlängerten Papillen aufgestapelten Hornmassen unterscheidet die Spitzwarzen von den Papillomen. Die von Vollmer und Reissner bei Kondylomen beschriebenen marklosen Nervenfasern, insbesondere die Langerhansschen Zellen, hält Heller für Kunstprodukte. In der Diskussion bemerkt Buschke, dass ihm nie Übertragungsversuche geglückt wären; ferner, dass spitze Kondylome bei schwangeren Frauen zu den häufigsten Vorkommnissen gehörten. Gebert will den Grad der Verhornung einzig und allein von der Lokalisation abhängig gemacht wissen. (Th.)

Zu dem Fall Spitzers (83) bemerkt Matzenauer in der Diskussion mit Recht, dass spitze Kondylome durch verschiedene Erreger hervorgebracht werden können, nicht bloss durch Gonokokken. (Th.)

Das von Schein (72) eingeführte Verfahren besteht in der Vereisung der Kondylome und wird auf die Weise ausgeführt, dass man die ganze Oberfläche, die Basis und den Stiel der Gewächse mittelst des Äthylchloridstrahles zum Vereisen bringt. Ist das Gewächs und dessen Basis hart und weiss geworden, so ist die Behandlung vollendet. Das Kondylom fällt nach einigen Tagen von selbst ab. Nur selten muss die Prozedur 2—3mal wiederholt werden. Die auffallend rasche und sichere Wirkung des Verfahrens führt Schein auf Thrombenbildung in den Blutgefässen des Kondyloms und die hierdurch erfolgte Unterbrechung der Zirkulation zurück. (K.)

Bei einem Herrn aus Blaschkos (4) Praxis entwickelte sich nach einem Trauma am Kopf eine pflaumengrosse, steinharte Horncyste. Solche Gebilde werden hervorgerufen durch kleine, in die Cutis verlagerte Epidermisstücke. (Th.)

Vorstellung eines jungen Mädchens durch Blaschko (3) mit einer warzigen, teilweise aus serumhaltigen Bläschen bestehenden Geschwulst an der grossen Zehe und einem grossen schwammigen Tumor am Fussrücken, beide durch einen bandartigen Streifen miteinander verbunden. Die Geschwulst am Fussrücken erwies sich als ein Lymphangiom von nävusartigem Charakter, in dessen Tiefe fibromatöse Stränge lagerten. Nach dessen Exzision schwand der Tumor an der Zehe von selbst. (Th.)

Unterhalb des normalen Konturs der Oberlippe erhebt sich bei Ullmanns Patienten eine teigig-weiche Längswulst. Die mikroskopische Untersuchung steht noch aus. (Th.)

Schor (76) beschrieb zwei Fälle des Lymphangioma cutis circumscriptum, in denen mikroskopisch die Veränderung der lymphatischen Systeme durch Bildung von Höhlen in kapillarischer Schicht sich darstellte, mit Endothelium bedeckt und mit Lymphe vollgefüllt. Ähnliche Fälle haben schon Tilbury Fox (1878), Tilbury Fox und Colcott Fox (1879), Hutchinson (1880), M. Morris (1889), Noyes und Török (1890), Schmidt (1890), F. Noyes (1893), Galloway (1894), Henss (1896), Frenndweiler (1879), Pawlow (1890), Waelsch (1900), Schnabel (1901), Sellei (1901), Alzarenlow (1902) und andere beobachtet. Im ersten Falle bemerkte Patientin. 57jährige Frau, vor drei Jahren auf der medialen Seite der rechten Brustdrüse tuberkelähnliche, blaurote Gebilde, einige mit Schuppen bedeckt, andere mit Bläschen auf den Spitzen, die seröse Flüssigkeit enthielten. Im zweiten Falle bei 32jähriger Frau sitzen diese Neubildungen auf dem rechten Glutaealgebiete und auf den rechten Labien. Autor richtet seinen Blick auf die Beteiligung des Nervensystems in der Ätiologie dieses Leidens. (S.)

Es handelt sich bei Taubers Kranken (88) um eine von den venösen Blutgefässen ausgehende, guldengrosse Geschwulst der rechten Schläfengegend, welche in der Form eines Sackes wahrscheinlich mit dem intrakraniellen Sinusgebiet kommuniziert. (Tb.)

Der Tumor in v. Eiselbergs Fall (15) besteht aus mehreren fluktuierenden Knoten, die sich beim Senken des Kopfes prall füllen. Sie scheinen mit dem Schädelinnern zu kommunizieren. (Th.)

In zwei Fällen Swobodas (85) ist bei Kindern ein Angiom spontan unter Zurücklassung einer strahligen, weissen Narbe ausgeheilt. (Th.)

Um die völlig resorbierbaren metallenen Fremdkörper bilden sich nach Payr (63) in den Hohlräumen des Tumors sehr ergiebige Gerinnungsvorgänge, die zu völliger Obliteration des schwammigen Gewebes führen. Besonders geeignet sind für die Behandlung die echten kavernösen, subkutanen Hämangiome, während die kutanen, plexiformen, kapillären Arten keine günstigen Objekte sind. In der Diskussion macht Hofmeister auf die wasserabspaltende Wirkung des Magnesiums aufmerksam, die in einem seiner Fälle einmal eine hühnereigrosse Luftgeschwulst hervorbrachte. (Th.)

Schutz der gesunden Umgebung während der Agiombehandlung nach Neumann (60) durch einen gefensterten Heftpflasterstreifen, Aufpinseln folgender Emulsion Rp. Zinc. chlorat. pur. sicc. 5,0—10,0 Collod. elast. dupl. ad 100,0; Gazeverband. Nach einem, höchstens zwei Tagen Verbandwechsel. — Bei nicht ausreichender Wirkung werden die widerstandsfähigeren Angiomreste durch 48—72stündige Applikation folgender Paste sicher mortifiziert:

Rp. Acid. arsenic.
Sulf. depurat. āā 4,0.
Ugt. Cerei ad 100,0.

(Th.)

(7) Durch die Pyodermie wurde ein grosser Teil der Mollusca contagiosa exfoliiert. Eine ähnliche, nicht beabsichtigte Heilung beobachtete Rosenthal nach einer durch Quecksilberstrahlen hervorgerufenen heftigen Dermatitis. (Th.)

Patient Loewenhardts (46) mit unzähligen derartigen Effloreszenzen, die in wenigen Wochen entstanden sind. Ätiologie nach der vorherrschenden Ansicht Protozoen. (A.)

Ausser der Lokalisation bietet der Fall Matzenauers (51) nichts Besonderes. (Th.)

Es gelang Juliusberg (38) experimentell die Filtrierbarkeit des Virus des menschlichen Molluscum contagiosum festzustellen. Das gleiche war Marx und Sticker bereits drei Jahre vorher bei dem Epithelioma contagiosum der Geflügel geglückt. (Th.)

An den vorderen oberen Thoraxpartien eines 38jährigen Mannes aus Wilhelms Praxis (96) mit Syringocystadenom fanden sich zahlreiche, teils zerstreut, teils dicht gedrängt stehende, elevierte, linsen- bis bohnengrosse, rotbraunen, ziemlich resistente Knötchen, von straffgespannter, leicht glänzender Hautdecke überzogen. Sie bestehen seit 15 Jahren. In den unteren seitlichen Thoraxpartien und in der Oberbauchgegend sind seit einem Jahre ähnliche, aber kleinere, rundliche, mehr blassbraune Knoten etabliert. Mikroskopisch berichtet Wilhelm nur von cystischen Hohlräumen im Corium. (Referent hat in seinem im Arch. f. Derm. u. Syph. beschriebenen Fall wirkliche Adenome und ihren Zusammenhang mit hypertrophierten Schweissdrüsen mikroskopisch nachweisen können.) (Th.)

Ein Fall Felländers (17) vom Typus Pringle, bei dem das Adenoma sebaceum nicht nur im Gesicht lokalisiert ist, sondern sich Effloreszenzen auch an anderen Stellen, wie im Zahnfleisch, hinter den Ohren, am Halse, auf dem Rücken finden. Ausserdem sieht man noch andersartige Hautaffektionen: Fibromata mollusca, fibromatöse Bildungen an den Nägeln und einen Pigmentnävus. — Mikroskopisch zeigt sich nun, dass die typischen Effloreszenzen nicht etwa aus vergrösserten oder vermehrten Talgdrüsen aufgebaut sind, sondern dass eine Vermehrung von Bindegewebe, Gefässen, Talg- und Schweissdrüsen vorliegt. Ebenso bestanden die Knötchen in Kothes Fall aus Bindegewebe und Gefässen, in Pezzolis 2. Fall aus Talg- und Schweissdrüsen. Darum hält auch Felländer es nicht für gerechtfertigt, dieses Krankheitsbild als Adenoma sebaceum zu bezeichnen, sondern stimmt Jadassohns Erklärung zu, wonach man es hier mit einer angeborenen, zur Nävusgruppe gehörigen Anomalie zu tun habe, in der das wechselnde mikroskopische Bild aus der Proliferation der verschiedenen Gewebe oder Organe der Haut resultiert. (Übrigens ist auch Riehl der gleichen Ansicht. S. Ges. d. Ärzte in Wien vom. 10. März. D. Ref.) (Th.)

v. Poór (66) fand aus embryonal versprengten Keimen exzessive Vermehrung und Zusammendrängung von Talgdrüsenläppchen. Anordnung einzelner asymmetrisch oder symmetrisch, letzteres ausschliesslich im Gesicht. (E.)

Riehl (69) will die Tumoren in die Gattung der Naevi eingereiht wissen. (Th.)

Es handelt sich in Markwalds (49) Falle um ein sehr seltenes Leiden bestehend in einer schrankenlosen Wucherung des Fettgewebes,

infolge deren die Extremität ein plumpes, monströses Aussehen gewinnt und damit der Elephantiasis sehr ähnlich wird, ohne das geringste mit ihr zu tun zn haben. (Th.)

Maximow (52) operierte einen Fall von kolossaler Fettgeschwulst (etwa acht Pfund) der rechten grossen Schamlippe; die Geschwulst hing an einem Stiele nnd war 10 cm lang und 3—4 cm dick. Heilung per primam. Ähnliche Geschwülste entfernten auch Stiegele, Koch, Quénu, Bruntzel, Fretsch. (S.)

Der Fall Hönigsbergers (36) ist von Interesse wegen der Doppelseitigkeit, der Grösse (Gewicht 35 Pfund), des rapiden Wachstums der Geschwülste (zwei Jahre) und des jugendlichen Alters der Patientin (12 Jahre). (Th.)

Hand in Hand mit der Bildung der Geschwülste ging bei Pels-Lensdens Patienten (64) ein Schwund des Unterhant-Fettgewebes, so dass der Mann, abgesehen von seinen Lipomen, einen fast kachektischen Eindruck macht. Therapeutisch bemerkenwert ist eine erhebliche Grössenabnahme in den Mammae nach Gebrauch von Schilddrüsentabletten. (Th.)

(65) Bau normaler Schweissdrüsen; stets eine Membrana propria elastischer Natur vorhanden, Inhalt, da oft cystisch dilatierter Höhlen, stets ein Sekretions- nie ein Degenerationsprodukt.

1. Hidradenom, von fertigen Schweissdrüsen entspringend.
2. Adenoma hidradenoides lässt nur die Schweissdrüsenstruktur erkennen, kann aber mit der Epidermis zusammenhängen.
3. Gemischte Formen.
4. Zwischenformen zn Karzinomen.

Anlage sämtlich kongenital. (T.)

Auf der linken grossen Schamlippe sitzt in Fleischmanns Falle (21) ein bohnengrosses Knötchen mit dunkelroter Oberfläche. Mikroskopisch ist zwar der Übergang von normalen Schweissdrüsen zum Adenom nicht nachweisbar, doch konnte die charakteristische doppelreihige Anordnung der Zellauskleidung, in den Drüsenschläuchen der Neubildung (Pick) sichergestellt werden, ebenso die Einmündung der Ausführungsgänge in die Epidermis. Die Fälle von Branns' und Thimms glaubt. Verf. in eine andere Kategorie verweisen zu sollen. (Von seinem Fall kann Ref. dieser Auffassung nur beipflichten.) (Th.)

Es ist ein von der Brustwarze ausgehendes, 10 cm langes Fibroma pendulum, von dem Dreydorff (13) berichtet. (Th.)

Nach Wilms sind Embryome Mischgeschwülste, welche aus allen drei Keimblättern bestehen. Sie entwickeln sich nach Marchand-Bonnet aus verlagerten Furchungskugeln, Blastomeren. Im Fischerschen Fall (19) handelt es sich um einen grossen Tumor der rechten Wade bei einem 57 jährigen Mann. Das Gewebe ist von zahllosen, grossen und kleinen Cysten und schleimgefüllten Kanälen durchsetzt und zeigt zahlreiche knorpelige, verkalkte und verknöcherte Herde, alles in wirrem, regellosem Durcheinander. Mikroskopisch erwies sich der grösste Teil der Geschwulst als ein Myxosarkom, mit allen möglichen Gewebearten durchwachsen. (Th.)

Auf der Aussenseite des rechten Oberschenkels bestand im Sickschen Falle (80) eine eigrosse Geschwnlst von ovaler Form, derber Konsistenz und roter trockener Oberfläche. Es handelt sich um einen aus

Bindesubstanzen hervorgegangenen Tumor mit schaumiger Hypertrophie des Protoplasmas (Spongioplasma, Leydig) seiner Zellelemente. (Th.)

Die Arheit Whites (95) beweist, dass die Fordycesche Erkrankung der Schleimhäute sehr häufig ist. Antor heohachtete 65 Fälle im Verlauf von sechs Wochen, d. h. in 9³/₄% seiner Patienten. Die charakteristischen Zeichen sind sehr konstant. Männer leiden hieran weniger als Frauen, das Verhältnis ist 2:3. Der jüngste Patient war 12, der älteste 70 Jahr. Die Krankheit tritt am häufigsten zwischen dem 30. und 50. Jahre anf. 70% der Patienten litten an Erkrankungen, die mit den Talgdrüsen zusammenhingen, 77% an Dyspepsie. Histologisch zeigten die Tumoren Akanthosis, Parakeratosis und Coriumödem. Die Annahme früherer Forscher, dass das Leiden der Struktnr nach als Acne rosacea anfzufassen sei, lässt sich nicht rechtfertigen, da die Struktur der Talgdrüsen infolge der ahnorm veränderten Epidermis geschädigt wird. Dnrch heigegehene Photogramme wird diese Beobachtnng bestätigt. (Ch. J. W.)

Auf der Hant der Oherlippe, des Nasenflügels und Septums fanden sich bei dem 19jährigen Mädchen aus Krzysztalowiczs Praxis (41) mit Hautmyomen einige hirsen- bis bohnengrosse rosagelbe und livide knorpelharte, indolente Knötchen vor. Bei der mikroskopischen Untersuchung stellte es sich herans, dass die Knötchen aus Bündeln glatter Muskelfasern bestanden. Die Bündel verlaufen in verschiedener Richtung und sind durch Bindegewebssepta in einzelne Läppchen geteilt. Die Blutgefässe sind unverändert und wenig reichlich vorhanden. Elastisches Gewebe fehlt. — Eine Entwickelnng der Tumoren aus Blutgefässen wird ausgeschlossen. (B.)

Ein rundlicher, nussgrosser Tumor hatte sich innerhalh 12 Jahren bei einer 54jährigen Frau aus Migliorinis Praxis (55) in dem Bindegewebe der äusseren Knöchelgegend entwickelt. Auf dem Durchschnitt ist er von einer Bindegewebskapsel umgeben und hesteht fast ganz ans glatten Muskelfasern, die in verschieden starken Bündeln zusammengelagert sind, einige in der Grösse der Mm. arrectores, im Zentrum und in der Peripherie in alle möglichen Richtungen verlaufend; Bindegewebe ist dürftig vertreten, elastisches Gewehe, gleichfalls spärlich, findet sich nur im Bezirk der Gefässe mittleren Kalibers. Die Muskelfasern entstammen den Gefässwänden; eine Zentralarterie, grösser als die übrigen, ist von einer mnskulären, ziemlich gleichmässig dicken Längsschicht nmgehen, von der einzelne Bündel eine schräge oder zirkuläre Richtung aufweisen und sich mit anderen, mehr nach aussen gelagerten Reizfasern vereinigen, die von den Längsfasern durch eine geringe Menge von Bindegewehs- und anderen Fasern getrennt werden. Diese Muskelschicht ist die hauptsächlichste Ursprungsstelle der Fasern, die in Bündeln vereinigt und von regelrechter Form sich in allen möglichen Richtungen kreuzen. Um die kleinen Gefässe herum verlaufen die Muskelfasern parallel zu ihrer Hauptachse. (Ve.)

XXVIII.

Bösartige Neubildungen der Haut, einschliesslich benigner Sarkoide.

Von **A. v. Winiwarter**-Lüttich, mit Beiträgen von **Arth. Alexander**-Berlin, **Béron**-Sophia, **Boeck**-Christiania, **J. Góngora**-Barcelona, **Ostwalt**-Paris, **Rusch**-Innsbruck, **Schiele**-St. Petersburg, **Selenew**-Charkow, **Toeplitz**-New York, **Török**-Budapest, **Verrotti**-Neapel (im Auftrage von **De Amicis**-Neapel), **Vörner**-Leipzig, **De Vries**-Amsterdam und **Ch. J. White**-Boston.

Literatur:

1. Abbe, Robert, An extensive epithelial cancer of the glans penis treated with the Roentgen rays. The Practit. Soc. of New York. 3. II.
2. Aberastury, M., Contribucion al estudio histologico de la micosis fungoide. Rev. de la Soc. med. argentina. März, April.
3. Derselbe, Epiteliomas basocelulares parakeratodes tratados con los rayos X. Rev. de la Soc. med. argentina. Juli-August.
4. Albers-Schönberg, Röntgentherapie der Hautsarkome. Ärztl. Verein in Hamburg. 31. X.
5. Albrecht, Paul, Fibrosarkom der Haut eines Oberschenkels Ges. der Ärzte in Wien. 23. VI.
6. Armitage, E. H., Complete extirpation of the penis for epithelioma in a Hawaiian, aged 28 years, recovery. Lancet. 30. September.
7. Bagge, J, Meddelanden om behandling af kancer med. Röntgenbestraalning. Hygiea. Febr.
8. Bainbridge, William Seaman, A case of extensive carcinoma of tongue and neck. Med. Soc. of the State of New York. 2. II. (Diskussion Bryant.)
9. Derselbe. A case of extensive carcinoma of tongue and neck, presenting points of special interest. Amer. Medicine. 21. März.
10. Bolot, J., Quelques résultats obtenus par la radiothérapie sur des affections malignes au double point de vue curatif et esthétique. Arch. d'électricité med. 10. Jauv.
11. v. Bergmann, E., Über Krankheiten, die dem Krebs vorangehen. Berliner klin. Wochenschr. S. 933.
12. Derselbe, Die Krankheiten, die dem Krebs vorangehen. Berliner med. Ges. 5. VII.
13. Béron, B., Über Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum. Letopissi. III, Heft VII.
14. Bettmann, Fall von disseminierten Sarkomen der Haut. Naturhist.-med. Verein Heidelberg. 14. XI.
15. Boeck, C., Fortgesetzte Untersuchungen über das multiple benigne Sarkoid. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 73. S. 71 u. S. 301.
16. Boikow, W. M., Kankroid des rechten unteren Augenlides durch Radium geheilt. Russisches Journal der Haut- und venerischen Krankheiten. T. IX. Mai.
17. Borrmann, Das nicht vom Deckepithel ausgehende Hautkarzinom. Med. Ges. in Göttingen. 12. I.
18. Derselbe, Nochmals die Entstehung des Karzinoms. Münch. med. Wochenschrift. S. 2028.
19. Bouis, M., De la dégénérescence sarcomateuse des tumeurs cutanées bénignes et du traitement. Thèse de Montpellier.
20. Broers, Ulcus rodens mit X-Strahlen behandelt. Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde. II. S. 1084. (Sitzung des Dermatologenvereins.).
21. Buschke, Fall von Chlorom (mit Diskussion von Wechselmann, Pinkus). Verhandl. der Berliner Dermatol. Ges. 9. V.

22. Buschke, Über einen Fall von symmetrischen sarkomatösen (?) Tumoren der Schläfenregionen und der Wangen (Chlorom?). Berliner klin. Wochenschrift. S. 1001.
23. Calmann, Bauchdeckensarkom, Präparate nnd Krankheitsgeschichte. Ärztl. Verein in Hamburg. 4. IV.
24. Cheatle, G. L., The points of incidence compared in cancer, leucoderma and scleroderma. Brit. med. journ. 29. April.
25. Chirivino, Röntgenterapia nella sarcomatosi cutanea. Società di derm. e sif. italiana. Dicembre. Vedi Giorn. it. della m. ven. e della pelle 1906. Fasc. 1.
26. Clairmont, Fall von multipler Tumorbildung, vielleicht Lymphosarkom. Verh. d. Ges. d. Ärzte in Wien. 24. Nov.
27. Cobb, F. C., The importance of early diagnosis of cancer in and about the mouth. Boston med. and surg. Journ. 13. April.
28. Cobb, Farrar and Simmons, C. C., The resnlts in cases of cancer of the tonsils, tongue, and jaws. operated on at the Massachusetts General Hospital during the eight years from January 1. 1892. to January 1. 1900. Boston med. and surg. Journ. 13. April.
29. Codman, E. A., The use of the X-ray in the post-operative treatment of cancer in the mouth. Boston med. and surg. Journ. 13. April.
30. Coenen, H., Bericht über in der Poliklinik der Kgl. Universitätsklinik zu Berlin behandelte Geschwülste. (1. IV. 03. bis 1. IX. 04.) Arch. f. klin. Chir. Bd. 78. S. 679.
31. Derselbe, Über Endotheliome der Haut. Arch. f. klin. Chir. Bd. 76. S. 1100.
32. Derselbe, Über Endothelioms. Freie Vereinig. der Chirurgen Berlins. 13. III.
33. Coley, W. B, Final results in the X-ray treatment of cancer, including sarcoma. Ann. of Surgery. August.
34. Costanzo, M., Azione terapeutica del clorato di potassa nei cancroidi ulcerati. Gazz. degli osped. 16 Marzo.
35. Cox, jr, Rowland, Epithelioma of lip. New York Acad. of Med., Sect. on Surg. 7. IV.
36. Creite, Peniskarzinom bei einem zweijährigen Kinde. Med. Ges. in Göttingen. 2. II.
36a. Darier, Traitement de l'épithélioma par le radium. Pariser Ophthalmol. Ges., 4. VII. und Recueil d'ophthalmol. S. 409.
37. Delamare, G. et Lecène, P., Deux observations de sarcomes kystiques sous-cutanés. Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol. Mai.
38. Detmicis, J., Due notevoli casi di sarcoma idiopatico, multiplo, emorragico della cute con riproduzione metastatica nel convettivo sottocutaneo. Società italiana di Dermatologia e Sifilografia. Dicembre, vedi Giorn. it. delle m. veneree e della pelle. 1906. Fasc. 1.
39. Djémil-Pascha, Essais de traitement du cancer par les rayons de Röntgen. Rev. de chir. Janvier.
40. Doutrelepont, Günstige Beeinflussung dreier Fälle von Ulcus rodens durch Röntgenstrahlen Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. in Bonn. 20. II. u. 15. V.
41. Dubreuilh, W. et Cléjat, Ulcus rodens juvénile. Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux. 12. Mars.
42. Ducos, J. J., Contribution à l'étude de l'épithélioma sébacé du pénis. Thèse de Lyon.
43. Dupeyrac, La radiothérapie dans les cancers de la peau. Marseille méd. 1. Mai.
44. Eck, P., Contribution à l'étude des sarcoides de Boeck (sarcoide multiple bénigne de la peau). Thèse de Paris.
45. Ehrmann, Zwei Fälle von Epitheliom an der Stirn. Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 24. V.
46. Fasal, Fall von Epithelioma nasi. Verhandl. der Wiener Dermat. Ges. 8. II.
47. Finato, L., Un caso di epitelioma associato a sifilome. La Clinica moderna. Nr. 36.
48. Fiocco, G. B., Osservazioni intorno a un caso di micosis fungoide. Rivista Veneta di scienze mediche. 15 Aprile.
49. Fochessati, A., Un caso di epitelioma dell'ala sinistra del naso recidivo, trattato coi raggi X. Nuovo raccoglitore med. Marzo.
50. Fordyce, Pagets disease of the gluteal region, effect of Roentgen ray. Journ. of cutan. dis. Mai.
51. Foresti, J. B. und Agnorrs, A. J., Lipo-angiomas sarcomatosos subcutáneos. Rev. med. del Urugusy. April.

52. Foulkrod, C., Sarcoma from the back of a petient sixty-six years old. Pathol. Soc. of Philadelphia. 23. II.
53. Français, H., Un cas de sarcoides souscutanés multiples. Ann. de dermat. et de syph. Mars. S. 242.
54. Fuchs, W., Über Krebsbildung. Münch. med. Wochenschr. S. 1682.
55. Gagnière, J. et Marquès, H., Deux cas d'épithélioma cutané traités par la radiothérapie. Montpellier méd. 4 Juin.
56. Gauthier, Ch. et Duroux, E., La radiothérapie et le cancer. Arch. provinc. de chir. Juin.
57. Gidon, F., Résultats de dix traitements radiothérapeutiques de cancroides et de cancers. Année méd. de Caen. Mars.
58. Glimm, P., Ungewöhnliche Form der Verhornung bei einem Hautkarzinom. Arch. f. klin. Chir. Bd. 77. S. 172.
59. Derselbe, Behandlung von Karzinomen mit Röntgenstrahlen. Med. Verein Greifswald. 6. V.
60. Grant, W. W., Operation for cancer of the mouth. Journ. of the Amer. med. Assoc. 30. September.
61. Grawitz, Über Epithelvariation bei Hautkrebsen und Kiefertumoren. Med. Verein Greifswald. 4. II.
62. Grumme, Vorstellung eines Falles von Hautsarkom. Ges. der Charité-Ärzte in Berlin. 8. VI.
63. v. Hansemann, Was wissen wir über die Ursache der bösartigen Geschwülste? Berliner klin. Wochenschr. S. 313, 361 (mit Nachbemerkungen von Ferd. Blumenthal, S. 443 und Erwiderung v. Hansemanns. S. 444.).
64. Harttung, Fall wahrscheinlich von Mycosis fungoides im prämykotischen Stadium. Breslauer Dermat. Verein. 6. VI.
65. Hélie, G., L., Influence des rayons X sur l'évolution des néoplasies cutanées. Thèse de Paris.
66. Heller, Fall von Hautsarkomen oder vielleicht Gefässhyperplasien bei einer alten Diabetikerin (mit Diskussion von Lesser, Rosenthal, Blank, Adler, Baum). Verhandl. der Berliner Dermatol. Ges. 14. II.
67. Hirschberg, M., Heilung eines Hautepithelioms durch direkte Sonnenbestrahlung. Berliner klin. Wochenschr. S. 1310.
68. Hoffmann, Erich, Über das Vorkommen von Spirochäten bei ulzerierten Karzinomen. Berliner klin. Wochenschr. S. 880.
69. Jesionek, A. und v. Tappeiner, H.. Zur Behandlung der Hautkarzinome mit fluoreszierenden Stoffen. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 82. S. 223.
70. Johnston, Melanoma. Journ. of cutan. dis. Jan., Febr.
71. Justus, Jakob, Ein mit Radium behandeltes Epitheliom. Heilung seit einem Jahre. Demonstration in der Budapester Königlichen Gesellschaft der Ärzte. Sitzung vom 11. März.
72. Jones, H. L., Traitement du cancer cutané par l'introduction électrolytique de l'ion zinc. Sem. méd. S. 524.
73. Kampmann, Ein Fall von Sarkom bei multipler Neurofibromatose. Unterelsäss. rzteverein in Strassburg. 27. V.
74. Kanitz, Heinrich, Über die Behandlung des Zungenkrebses mit Röntgenstrahlen. Orvosi hetilap. 52.
75. Klingmüller, Moulage eines Melanosarkoms der Haut. Breslauer Dermat. Verein. 6. VI.
76. Klynens et Poirier, Veste ulcus rodens amélioré par la radiothérapie. Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers. Juni, Juli.
77. Lang, Dermatosis epithelialis degenerativa circumscripta eczemiformis (Pagets disease). Ges. der Ärzte in Wien. 17. III. (Diskussion Neumann, Matzenauer.).
78. Lasser, O., Die Röntgentherapie bei Krebs. Röntgenkongress.
79. Leredde, La nature du mycosis fongoide et la radiothérapie. Rev. prat. des mal. cut., syph. et vén. S. 259.
80. Derselbe, Le traitement arsénical dans les épithéliomes de la peau. Rev. prat. des mal. cut., syph. et vén. S. 81.
81. Derselbe, Le traitement de l'épithéliome cutané. Rev. prat. des mal. cut., syph. et ven. S. 2.
82. Derselbe, Traitement des épithéliomes de la peau. Rev. prat. des mal. cut., syph. et vén. S. 17.
83. v. Leyden, E., Über die parasitäre Theorie in der Ätiologie der Krebse. Berliner klin. Wochenschr. S. 345.

84. Lothrop, H. A. and Scasnell, D. D., Theres ults of treatment of cancer in and about the mouth at the Boston City Hospital. Boston med. ssd surg. Journ. 13. April.
85. Mac Kee, The treatment of chancroidal, herpetic and varicose ulceratioss by the high frequency spark. Journ. of cut. dis. Dec.
86. Mac Leod. J. M. H., Notes on the histo-pathology of multiple idiopathic haemorrhagic sarcoma. Brit. Journ. of Dermatol. Mai. Nr. 5 (siehe auch Abschnitt: Pigmentasomalien).
87. Majocchi, Radioterapia nells cura degli epiteliomi cutanei e nells trichiasi. Società italians di dermatologia e sifilografia. Dicembre, vedi Giorn. it. di m. veseree e della pelle. 1906. Fasc. 1.
88. Msrkley, Mycosis fungoides and the X-ray. Journ of cut. dis. Oct.
89. Martin-Roux, H., Mycosis fongoide à ulcérations profondes et multiples, traitée et guério par les toxines solubles du streptocoque de l'érysipèle. Rev. de méd. Mai.
90. Derselbe, Traitement du mycosia fongoido psr les toxines solubles du streptocoque de l'érysipèle. Sem. méd. S. 233.
91. Mauxion, G., Contribution à l'étude de l'épithélioma de ls vulve. Thèse de Paris.
92. Mazza, G., Sarcoido di Boeck. Società italiana di dermatologia e sifilografia. Dicembre; vedi: Giorn. it. delle malsttie veneree e della pelle. 1906. Fasc. 1.
93. Mesdes da Costs, S., Ssr l'atrophie et l'épithéliome de la peau consécutifs à l'application des rayons X. Rev. prat. des mal. cut., syph et vén. S. 224.
94. Moyer, Zwei Fälle von Hautkrebs auf dem Boden von Lupus. Berl. med. Ges. 21. VI.
95. Migliorini, Contributo clinico e istologico slla conoscenza de sarcomi cutanei. Sarcomi solitari. Giorn. italisno delle malattie veneree e della pelle. Fasc. 3 e 4. S. 278 und 445.
96. Moldovan, J., Über kongenitale Sarkom- und Fibrombildusg der Haut. Prag. med. Wochenschr. 20. u. 27. Juli.
97. Morestin, H., Cancer de la jose. Bull. et mém. de la Soc. snatom. de Paris. Mai.
98. Nsncel-Penard, H., Les épithéliomas de la face et la radiothérapie. Thèse de Paris.
99. Noiré, H, Règles générales de radiothérapie déduites du traitement des teignes et des cancers. Thèse de Paris.
100. Omeltschenko, F., Slutschai perenesennawo raks koshi shiwota w swjási s opisaniem strojesia i delenia jadryshks rakowych kletok. (Zur Kasuistik der Krebsübertragung auf die Bauchhaut nebst Beschreibung des Baues und der Teilung der Krebszellen). Russkij Wratsch (Der russ. Arzt). Nr. 45. (Kasuistik.) (Schiele.)
101. Orth, J., Die Morphologie der Krebse snd die parasitäre Theorie. Berliner klin. Wochenschr. S. 281, 326.
102. Pelagatti, Sarcome molteplice primitivo del Ksposi. Giorn. it. delle malattie veneree e dells pelle. Fasc. 5. S. 569.
102a. Phillips, W. C., Ein Fall von melanotischem Sarkom mit Erscheinungen in in der Nsse, Nasenrachesraum, Mund, Rachen ssd Kehlkopf. The Laryngoscope. Jsni. (1906.)
103. Poirier, Traitement du cancer de la langue. Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris. S. 743 (19. VII.). (Diskuss. Quénu, P. Reynier, J. L. Faure, Richelot, P. Sebileau, P. Delbet, Pozzi).
104. Derselbe, Traitement et histologie du cancer de ls langue. (Diskuss. Quénu, Faure, Richelot, Sébileau). Soc. de chir. 12. Juillet.
105. Polano, Oskar, Zur Entstehusg maligner Bauchdeckentumoren nach Entfernung gutartiger Eierstocksgeschwülste. XI. Vers. der Deutsch. Ges. f. Gynäk. u. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 56. S. 416.
106. Pollitzer, J., Eine eigentümliche Karzinose der Haut. (Carcinoderma pigmentosum, Lasg), nebenher punkt- und strichförmige Defekte im Hornstratum der Palmae und Plantae. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 76. S. 323.
107. Pujo, Contribution à l'étude du traitement des tumeurs cutanées par ls cautérisation. Thèse de Bordeaux.
108. Pusey, W. A., The use of X-rays in carcinoma. Ann. of Surgery. Dezember.
109. Radaeli, A proposito di un caso di micosi fungoide. Società it. di derm. e sifilogr. Dicembre. Vedi: Giorn. it. delle m. ven. e della pelle. 1906. Fasc. 1.
110. Ramazzotti, V., Note cliniche e snatomo-patologiche su un caso di micose fsngoide. Giorn. it. delle malattie veneree e della pelle. Fasc. 2. S. 163.

111. Rehns, Jules et Salmon, Paul. Traitement du cancer cutané par le radium. Compt. rend. hebd. des Séanc. de l'Acad. des Scienc. Tome 140. S. 1723.
112. Revelle, A., L'adrenalina nell' epitelioma ulcerato del labbre. Clinica moderna. 12 April.
113. Ribbert, Hugo, Über den Pagetkrebs. Deutsche med. Wochenschr. S. 1218.
114. Riehl, Frau mit Karzinommetastasen in einem Lupus des Gesichtes. Ges. der Ärzte in Wien. 17. XI
115. Rodriguez, J. A., Radioterapia en un caso de epitelioma cutaneo ulcerado. Rev. med. del Uruguay. November.
116. Röpke, Wilh., Die Bedeutung des Traumas für die Entstehung der Karzinome und Sarkome. Arch. f. klin. Chir. Bd. 78. S. 201.
117. Ruchaud, E., Contribution à l'étude de la dégénérescence cancroidale des brûlures. Thèse de Lyon.
118. Russe, V., Carcinoma della mammella e mastite. Gazz. degli osped. 14 Dic.
119. Schamberg and Hirschler. Epithelioma of the forehead having its origin in a papillary naevus. Journ. of cut. dis. Oct.
120. Sebileau, Pierre, Sur une forme rare d'évolution de l'épithélioma lingual. Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris. S. 733. (12. VII.)
121. Sjögren, T., Om efterbehandling af opererade maligna avnlster med Röntgenbestraalning. Hygiea. Juli.
122a. Derselbe, Über Röntgenbehandlung des Sarkoms. Zentralbl. f. d. gesamte Ther. S. 1.
122b. Seta y Lastra, Epitelioma difuso de la boca y garganta, extirpacion total del neoplasma. Revista de medicina y cirugia. Madrid. Nov.
123. Spencer, W. G., La dégénérescence cancéreuse du lupus après radiothérapie. Sem. méd. S. 535.
124. Spiegler, Fall von Mycosis fungoides, die vor zwei Jahren unter dem Bilde des Ekzems begann. Ges. der Ärzte in Wien. 16. VI.
125. Stein, Adolf, Epitheliom mit Radium behandelt. Budapester Königl. Gesellschaft der Ärzte. 8. November.
126. Stelwagon, H. W., Remarks on the destructive skin diseases, epithelioma, lupus vulgaris, and syphilis. Amer. Medicine. 22. April.
126a. Suchier, Weitere Mitteilungen über den Wert der statischen Elektrizität für die Behandlung „parasitärer Dermatosen". Dermatol. Zeitschr. S. 731.
127. Terebinsky, W. J., Über einen Fall von multiplem Sarkom, welches aus primärer Hautgeschwulst sich entwickelte. Russisches Journal der Haut- and venerischen Krankheiten. T. X. Juli.
128. Theishaus, C. O., Surgical vs X ray treatment of rodent ulcers and epitheliomata of the face. Med. Soc. of the Missouri Valley. 23.—24. Ill.
129. Trevisanelle, C., La terapia delle neoplasie epiteliali coi raggi X. Clinica medica italiana. Sept.
130. Trousseau, A., Histoire d'un épithéliema palpébral. Ann. d'oculist. Jan. S. 36.
131. Tschlenoff, M. A., Über die Pagetsche Krankheit. (Pageta disease of the nipple.) Dermatel. Zeitschr. S. 91. 237. 293.
132. Valude, E., A propos du traitement des cancroides par la radiothérapie. Ann. d'oculist. Août. S. 81.
133a. Vilanova, Un caso de epitelioma cutaneo tratado par el procedimiento de Czerny. Revista de ciencias medicas de Barcelona. März.
133b. Voss, Kankroid (?) in der Inguinalgegend. Breslauer Dermat. Verein. 12. I.
134. Derselbe, Mikroskopische Befunde bei einem Falle von sarkoiden Geschwülsten, die teilweise ohne Therapie verschwanden. Breslauer Dermat. Verein. 12. I.
135. Waelsch, Ludw., Über die Verruca senilis und die aus ihr entstehenden Epitheliome. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 76. S. 31.
136. Weber et Daser, Sarcome pigmentaire multiple idiopathique de Kaposi. (Sarcome hémorrhagique multiple idiopathique). Rev. prat. des mal. cut., syph. et vén. S. 327.
137. Weber, F. Parkes and Daser, P., Idiopathic multiple pigment sarcoma (idiopathic multiple haemorrhagic sarcoma of Kaposi). Brit. Journ. of Dermat. April.
138. Weik, Kankroid der Nase, mit Radium geheilt. Breslauer Dermat. Verein. 6. VI.
139. Derselbe, Diffuses Lippenkarzinom mit Röntgenstrahlen bis auf zwei Knötchen geheilt. Breslauer Dermat. Verein. 6. VI.
140. Derselbe, Fall von Karzinom der Nase. Breslauer Dermat. Verein. 12. I.
141. Weill, Demonstration einiger mit Pyektanin behandelter Fälle von Kankroid des Gesichts. Unterelsäss. Ärzteverein in Strassburg. 28. I.

142. Wendel, Fall von Kankroid der linken Wange und Ohrmuschel und Fall von Sarkom der linken Wange und Jochbeingegend. Ärztl. Verein zu Marburg. 16. II.
143. Williams, C., X-rays in the treatment of cancer. Lancet. 4 November.
144. Derselbo, X-ray treatment of cutaneous epithelioma. Amer. Journ. of the med. Scienc. Mars.
145. Williams, E. G., The X-ray treatment of malignant growths. Journ. of the Amer. med. Assoc. 6. Mai.
146. Winkler, Max, Beitrag zur Frage der „Sarkoido" (Boeck), resp. der subkutanen nodulären Tuberkulide (Darier). Arch. f. Dermatol. und Syphilis. Bd. 77. S. 3.

Krebs kann nach Orth (101) nnr aus Epithel entstehen, indem sich Epithelzellen in Krebszellen umwandeln. Krebsig ist die Epithelwucherung nur dann, wenn sie in Form von Zapfen in das unterliegende Gewebe einwächst. Die Ausbreitung des Krebses erfolgt durch Metastasierung von Krebszellen anf dem Wege der Lymph- und Blutgefässe. Verf. unterscheidet Krebse mit typischer (glanduläre Form, hauptsächlicb mit Zylinderzellen) nnd solche obne typische Anordnung (Kankroide, epidermoide Form). Die parasitäre Entstehung des Krebses ist bis jetzt durch Nichts bewiesen; jedenfalls könnte nur ein intracellulärer Parasit in Frage kommen. (A. v. W.)

Durch zahlreiche mikroskopische Präparate weist Grawitz (61) nach, dass die ektodermalen Epithelien in der mannigfachsten Weise variieren können, so dass die Hypothese der abgesprengten embryonalen Keime nicht notwendig ist, nm das Auftreten der verschiedensten Zellformen zu erklären. (A. v. W.)

Schandinn nnd Hoffmann (68) hatten bereits bei ibren Untersuchungen über Spirochaete pallida das Vorkommen von ihr ähnlichen Formen auf Schleimhäuten, Ulzerationen usw. konstatiert. Auf Veranlassung Hoffmanns nntersuchte Mulzer ein Cervix- und zwei Hautkarzinome, alle nlzeriert und konnte an deren Oberfläche Gebilde nachweisen, welche teilweise deutlich die Charaktere der Spirochaete refringens zeigten, teilweise aber feinere, zartere Formen darstellen, so dass eine Verwechselung derselben mit Spirocbaete pallida dnrch einen Ungeübten wobl möglich erscheint. Doch nnterscheiden sich diese Spirochäten durcb ihre beträchtliche Dicke, ihre grobwelligen, spärlichen Windungen und ihre stärkere Färbbarkeit. Übrigens fanden Hoffmann und Mnlzer an der Oberfläche ulzerierter Karzinome unter zahllosen Bakterien anch sogen. Bacilli fusiformes nnd sichelförmige oder spiralig gekrümmte, bei Giemsafärbnng im blauen Plasma rote, kernartige Gebilde aufweisende Formen (wohl Entwickelungsstadien der Spirochäten.) Ähnliche Kernandeutungen sieht man bei Giemsafärbung zuweilen, besonders an den groben Spirochäten.

Eine Verwechselung der in ulzerierten Karzinomen (nach Borrel aucb in geschlossenen Karzinomknoten von Mäusen) vorkommenden Spirocbäten mit der Spirochaete pallida ist bei einem geübten Untersucber nicht zu befürcbten. (A. v. W.)

v. Leyden (83) tritt für die Entwickelnng der Krebse durch parasitäre Infektion ein. (A. v. W.)

Roepke (116) kommt zu dem, durch alle grösseren Statistiken bereits erwiesenen Schlnss, dass das Trauma eine bedeutungsvolle Rolle in der Ätiologie der bösartigen Geschwülste spielt und dass bei den

Sarkomen vorzugsweise einmalige, bei den Karzinomen wiederholte, respektive chronische tranmatische Reize als ursächliche Momente wirken. (A. v. W.)

v. Bergmann (12) bespricht die Entwickelung von Haut- und Schleimhautkrebsen auf bereits pathologisch verändertem Boden. An den Extremitäten soll der Krebs niemals auf gesunder Haut entstehen. (A. v. W.)

Die bösartige Veränderung in dem linearen papillaren Nävus der Stirn folgte einem zwei Jahre vorher erlittenen leichten Trauma bei einem 24jährigen Mann aus Schambergs nnd Hirschlers (119) Beobachtung. Gute Photogramme zeigen die histologischen Umwandlungen. Die Verletzung als Ursache der Epithelwucherung, das Vorkommen in verhältnismässig jugendlichem Alter und die Entstehnng des Epithelioms in einem nichtpigmentierteu Papillarnävus sind durchaus bemerkenswert. (Ch. J. W.)

Frau von 41 Jahren aus Riehls (114) Praxis leidet seit ihrem sechsten Lebensjahre an Lupus des Gesichtes. Vor fünf Jahren entwickelte sich in der lupös erkrankten linken Wange eine warzige Wncherung, welche exstirpiert wurde und eine weiche Narbe zurückliess. Gegenwärtig bestehen in deren Umgebung, gänzlich isoliert voneinander und von ihr fünf neue linsen- bis hellergrosse, harte, warzenartige Bildungen mit hornigen Auflagerungen; an einer Stelle ist eine Plaque aus der Konfluenz von sieben Einzelknoten entstanden. Die Tumoren sind Lupuskarzinome, charakterisiert durch ihr multiples Auftreten und ihre relative Benignität bei geeigneter chirurgischer Behandlung. (A. v. W.)

Ein 52jähriger Patient Pollitzers (106) zeigt seit etwa 25 Jahren am Rumpf und an den Gliedern tumorartige, z. T. ulzerös zerfallende Knoten und eine durch kleine pigmentierte Knötchen erzeugte schmutzig braune Färbung. Alle diese Gebilde werden durch eine atypische Epithelwucherung in der basalen Zylinderschicht eingeleitet, welche zur Entstehung multipler Hautkarzinome führt. Theropeutischer Erfolg durch Röntgen- und Radiumstrahlen. (A. v. W.)

In einem vom Hautepithel ausgehenden Achselhöhlentnmor fand Glimm (58) durch Färbung und chemische Reaktion nachweisbare, verhornte Zellenmassen von fast Erbsengrösse, deren Elemente teils konzentrisch um eine Epithelperle angeordnet waren, teils einfach nebeneinanderliegend zu bandartigen Gebilden vereinigt und stets ohne Abkapselung die Geschwulst durchzogen. Die Verhornung ist ähnlich wie bei den echten Atheromen. (A. v. W.)

Die Geschwulst, welche die Amputatio penis erfordert hatte, stellte sich bei der Untersuchung durch Creite (36) als grosszelliges Karzinom der Corpora cavernosa heraus. (A. v. W.)

Ribbert (113) meint, dass der Pagetkrebs nicht primär in der Haut, sondern unter ihr entstehe nnd erst seknndär mit ihr in Verbindung trete, indem sich vereinzelte Geschwulstzellen zwischen die Epithelien eindrängen. Dadurch werde die eigentümliche Struktur der Neubildung hervorgerufen. (A. v. W.)

Aus der Untersuchung eines Falles von Pagetscher Krankheit zieht Tschlenoff (131) n. a. folgende Schlüsse: Die Erkrankung stellt eine eigentümliche Form der Hautkrebse dar, ist bei beiden Geschlechtern

sehr selten, meist, aber nicht immer auf der Brustwarze lokalisiert, charakterisiert durch die sogen. „blassen“ Zellen, welche keine Psorospermien, sondern veränderte Epithelien sind; Prognose bei frühzeitiger chirurgischer Behandlung günstig. (A. v. W.)

Fordyce (50) weist zunächst darauf hin, dass bei Pagetscher Krankheit der Brustwarze der maligne Prozess nicht von der Epidermis auszugehen braucht, sondern gewöhnlich auf krebsiger Veränderung der Drüsenstruktur beruht. Bei vorliegendem Falle handelte es sich um eine oberflächliche, sich peripher ausbreitende Geschwürbildung an einem Oberschenkel, der sieben Jahre zuvor eine Verletzung erlitten hatte. Es wurde zehnmal Röntgenbestrahlung in Intervallen von je einer Woche vorgenommen. Das Leiden verschlimmerte sich am Ende der sechsten Woche, jedoch im folgenden Monat hatte sich an Stelle der früheren Ulzeration Narbengewebe gebildet. Während der Behandlung wurden wiederholt aus verschiedenen Stellen der erkrankten Partie Hautstückchen exzidiert und untersucht. An den Grenzen der erkrankten Stelle zeigte sich Entzündung im oberen Corium und starke Epithelwucherung, die sich deutlich von der normalen Epidermis absetzte und vom Corium gesondert war. Im Zentrum bestand tiefe Invasion des Coriums durch Wucherung basaler Zelllager. Nach den Röntgenbestrahlungen war mukoide Degeneration des Bindegewebes um die Drüsen eingetreten sowie Obliteration der Ductus durch Schwellung und Degeneration des Epithels. (Ch. J.·W.)

Lang (77) bespricht den Begriff der „Pagets disease of the nipple“, welche nach Pagets eigener Ansicht nicht nur an der Brustwarze vorkommt oder von ihr ausgeht, sondern auch an der Lippe, an der Nase, am Nabel, an den Genitalien, in der Achselhöhle usw. beobachtet wurde. Sie zeige entfernte Ähnlichkeit mit einem chronischen Ekzem, ohne wirklich Ekzem zu sein, sei aber ebensowenig ein Karzinom, wenn auch häufig ein Karzinom aus ihr hervorgehe. Verf. glaubt an die parasitäre Ätiologie der Krankheit; der betreffende Parasit sei aber bis jetzt nicht gefunden; die als Psorospermien gedeuteten Befunde, welche auch in Langs Fall nicht fehlten, seien keineswegs beweisend. Lang hat bei seinen Kranken entschiedene Besserung durch Röntgentherapie erzielt. (A. v. W.)

Die frühen krebsartigen Störungen des Mundes werden von Cobb (27) in zwei Klassen eingeteilt: gutartige, die in Degeneration eines Karzinoms ausgehen, und offenbares Karzinom. Zur ersten Klasse gehören Leukoplakie, Warzen, Geschwüre, Fissuren und Tuberkel; die zweite Klasse enthält Induration, Ulceration und gelegentlichen übelriechenden Ausfluss. Karzinomatöse Läsionen werden viel häufiger im mittleren Drittel der Zunge gefunden. Eine Ulceration mit Verdacht auf Karzinom muss zur mikroskopischen Untersuchung herausgeschnitten werden. (Toepl.)

Die 68jährige Patientin Trousseaus (130) hatte vor 16 Jahren zum ersten Male ihr Epithelioma in dem Unterlide des einen Auges nahe am äusseren Augenwinkel bemerkt. Als die Kranke Trousseau vor acht Jahren zum ersten Male konsultierte, fand sich ein 8—10 mm im Durchmesser besitzendes Geschwür. Da sie operative Entfernung durchaus verweigerte, musste medikamentös behandelt werden. Im Laufe von acht Jahren erreichte man viermal Heilung des Geschwüres: 1. durch einfache Antiseptika; 2. durch Methylenblau; 3. durch chlorsaures Kali; 4. durch die Methode von Czerny-Trunecek (Bepin-

selung mit Arseniklösung in Glyzerin). Endlich wurde ein neues Rezidiv mit X-Strahlen behandelt. Es trat oberflächliche Vernarbung ein; doch hatten die Röntgenstrahlen keinen Einfluss auf die in die Tiefe wuchernden Massen. Es musste schliesslich doch zu einer eingreifenden chirurgischen Operation geschritten werden, deren Endresultat jetzt entschieden fraglich ist. (O.)

Von 9 Hautkarzinomen Glimms (59) (5 Lippen, 4 Gesichtskrebse) wurden 8 durch Röntgenstrahlen vollkommen geheilt, Lippenkrebs heilte erst nach Excision eines kleinen Keils in der Mitte; ein inoperables Karzinom der Schultergegend vernarbte lokal. (A. v. W.)

Nach dreijähriger eigener Beobachtung konnte Coley (33) folgendes feststellen:

1. Die X-Strahlen üben einen mächtigen Einfluss auf die Krebszellen aller Varietäten aus, besonders deutlich in Fällen von Hautkrebs.
2. In einigen Fällen, hauptsächlich bei superficiellem Epitheliom, kann der ganze Tumor verschwinden, wahrscheinlich infolge von fettiger Degeneration der Geschwulstzellen mit nachfolgender Resorption.
3. In einer viel kleineren Zahl von tiefliegenden Tumoren, hauptsächlich Krebs der Brust und Glandularsarkom, verschwanden die Tumoren bei prolongierter Behandlung. Jedoch in beinahe jedem dieser Fälle, wo die Behandlung zu einem Endresultate führte, trat eine lokale oder allgemeine Erkrankung in wenigen Monaten bis zu zwei Jahren wieder auf.
4. In Hinsicht auf diese konstante Neigung zu frühzeitigem Wiederauftreten sollte diese Methode nur bei inoperablen Fällen oder prophylaktisch nach der Operation angewendet werden.
5. Die Applikation von X-Strahlen als präoperative Massnahme in anderen als Hautkrebsen ist kontraindiziert, da ihre Wirksamkeit nicht als heilsam erwiesen ist, und weil Gefahr besteht, dass die Krankheit während dieser Behandlungszeit auf Nachbardrüsen oder andere Regionen durch Metastase übergreift. (Ch. J. W.)

In allen drei durch Kanitz (74) mit Röntgenstrahlen behandelten Fällen von Zungenkrebs war der Erfolg ein schlechter. (Tör.)

Die 53jährige Patientin von Broers (20) hatte ein Geschwür am medialen Augenwinkel, welches den Canthus internus samt der Plica semilunaris und einen Teil beider Augenlider zerstört hatte. 11 Jahre vorher war an dieser Stelle ein Knötchen excidiert worden; das jetzige Geschwür bestand 4 Jahre. Heilung (seit 6 Monaten) durch 40malige Bestrahlung, jedesmal während 10 Minuten mit 3—4 Ampère auf etwa 10 cm Distanz mit einer mittelweichen Röhre. Mendes da Costa betont die Eigentümlichkeit, dass diese Behandlung, welche das Epitheliom heilt, dasselbe auch verursachen kann; bei 7 von 71 mit X-Strahlen behandelten Lupusfällen sah er Epitheliom entstehen. (de Vr.)

In Selenews Klinik behandelte Boikow (16) ein Kankroid des rechten Augenlides bei einer 55jährigen Hebräerin mit Radiumbromid (0,01 von Buchler aus Braunschweig). Jede Sitzung dauerte eine halbe Stunde. Heilung nach 12 Sitzungen (6 Stunden) während 27 Tagen. Es wurde bemerkt: 1. Vermehrung der Schmerzen nach Radiumbromid am Anfange und allmähliche Verminderung bei folgenden Sitzungen; 2. schmerzlose Beschleunigung des Ulcerationsprozesses mit schnellem Übergang

zur Vernarbung; 3. Verminderung der Eiterung und der Hantinfiltration in der Umgebung des Geschwüres. Ausser dieser Kranken in der Klinik benutzten das Radinm auch 13 Patienten mit folgenden Hautkrankheiten: Cancer 4 Männer, Lupns 3 Männer und 1 Fran, Keloid 1 Mann, Verrucae 2 Männer, Angioma 1 Kind, Naevus pigmentosns 1 Frau. Radium wirkt besser auf Kankroid, als auf Lupus. Keloid wird weicher. Verrucae verscbwinden. Angioma blasst ab. (Se.)

Darier (36a) stellte eine Kranke vor, die am inneren Lidwinkel und am Oberlide des einen Auges ein dreierbsengrosses Epitbeliom gehabt hatte, das vor acht Jahren zum ersten Male anfgetreten war. Trotz verschiedener energiscber Eingriffe (Kanterisation, chirurgischer Exstirpation) war es stets rezividiert. Zweimalige, jedesmal andertbalb Stunden dauernde Bestrahlnng mit Radium (die zweite Sitzung folgte der ersten nach drei Tagen) bracbte die Geschwulst im Laufe von acht bis zehn Tagen zum Schwinden mit kaum sichtbarer Narbe. Bei der Frischc des Falles bleibt es fraglich, ob diesmal die Heilnng definitiv ist. Darier zeigt die Radiumsulfatpastillen, deren er sicb bedient und die dadurch ausgezeichnet sind, dass hier das Radinmsalz (5 Milligramm) nicht mit einem so stark absorbierenden Glasplättchen, sondern mit einer durcb Erhitzen auf 500 Grad in eine Art Email verwandelten Lackscbicbt bedeckt ist. Durch dieses starke Erhitzen verliert das Radinm freilich momentan vollständig seine Radioaktivität und erlangt sie erst im Laufe eines Monats wieder. Die Darierschen Plättchen besassen eine Aktivität von 500000 u. (O.)

Valnde (132) hatte Gelegenbeit, drei Fälle von Epithelioma palpebrarum, wovon eines ein leichter, die beiden anderen schwere Fälle waren, mit Radiumbestrablnng zu behandeln. Heilung trat nnr in dem leicbten Falle ein; in den scbweren, tiefgreifenden (meist auch nach blutiger Exstirpation rezidivierenden) Fällen hleiht die nocb so oft wiederholte Applikation des Radiums und anch die Behandlung mit Röntgenstrablen erfolglos (im zweiten Falle hatten 20 Röntgensitzungen nach mehr wie 12 Radiumsitzungen stattgefunden!). Es lässt sich da höchstens ein günstiger Einfluss anf die oberflächliche Geschwulstausdehnung, die zum Stillstand bezw. zur Rückbildung kommt, konstatieren. Tiefenwirkung erfolgt nicbt.

In einem Falle von gutartigem, seit mehr als 20 Jahren bestehendem, breitem Papillom genügte eine Radinmsitzung von 20 Minuten, um das 6 Millimeter breite, etwa 10 Millimeter lange, auf dem medialen Teile des Oberlides sitzende nnd auch auf den intermarginalen Lidrand übergreifende Papillom im Verlanf von 14 Tagen zum Schwinden zu bringen. Wie es scheint, dauert diese Heilnng an (letzter Bericht ca. acht Monate nacb der Beseitigung). (O.)

Mac Kee (85) schreiht die günstigen Resultate, die dnrch Ströme hoher Spannung erzielt wurden, der starken Anhänfung des erzengten Ozon undder bakteriziden Kraft der violetten und ultravioletten Strahlen zu, ferner der stimulierenden Wirkung des elektrischen Stromes. (Ch. J. W.)

Zu einem primären Lippensyphilom gesellt sich in einem Falle Finatos (47) ein Epitbeliom, dessen langsamer Verlanf plötzlich ins Gegenteil nmschlug. (Ve.)

Drei Fälle Majoccbis (87) von Epitheliom des Gesichtes; in dem einen erfolgte die Heilung durch Radiotherapie nach 100 Sitzungen, jede

von 15—20 Minnten Dauer; nach einem Jahre war noch kein Recidiv hemerkhar; hei den anderen beiden, die noch in Behandlung stehen, ist die Ulzeration schon zum Stillstand gekommen. — Drei Fälle von Trichiasis; der erste hetrifft einen Jüngling mit angeborener Trichiasis der Kreuzheingegend, hei dem der Schopf der dünnen his 25 cm langen Haare nach 10 Sitzungen ahfiel; nach 4 Monaten war noch keine neue Haarhildnng erfolgt. Der zweite Fall ist eine Trichiasis des Gesichtes (Speicheldrüsengegend und Kinn) hei einer jungen Dame; in 6 Monaten erfolgten 102 Sitzungen. Die Alopecie wurde schnell erreicht, aber die Haare wnchsen immer wieder; häufig traten Hautentzündnngen auf. Im folgenden Jahre wurde die Behandlung wiederum aufgenommen, und nach weiteren 40 Sitzungen wurde danernder Haarschwund erzielt; allerdings traten immer noch hie und da einige der Radiotherapie trotzende Haarbüschelchen auf. Dieselhe Hartnäckigkeit zeigte der dritte Fall, auch eine Trichiasis des Gesichtes, hei der die Behandlung mehrere Male versucht wurde. Diese heiden letzteren Kranken sind trotzdem von dem Resnltat sehr hefriedigt und wollen die Behandlung wieder anfnehmen lassen. (Ve.)

Im Gegensatz zu der Ansicht, dass nur ansschliesslich eine ansgiebige Umschneidung dieser Geschwülste im Gesunden zweckmässig sei, sieht Leredde (82) auch Vorteile einmal in der Auskratzung mit nachfolgender Thermokauterisation und zweitens in der Applikation von Röntgenstrahlen. (Vö.)

Hirschberg (67) selhst litt an einem Epitheliom der Ohrmuschel, welches trotz wiederholter Ätzungen nicht zur Heilung kam. Während eines Aufenhaltes in Caux (1100 m Seehöhe) im Dezember bei Schnee und hellem Sonnenschein löste sich die Neuhildung hinnen drei Wochen ah. Ein stecknadelkopfgrosses Knötchen verschwand nach Ätzung. (A. v. W.)

Nagelgrosses Epitheliom der Nase, früher verschiedentlich erfolglos hehandelt, nach 12 Expositionen mit Radium von mehreren Minuten Dauer durch Justus (71) geheilt und seit einem Jahre ohne Rezidive. (Tör.)

Ein am inneren Drittel des linken unteren Augenlides hefindliches, auf die Conjunctiva palpehrarum ühergreifendes Epitheliom wurde vom 26. August his zum 20. Oktober in 12 Sitzungen von je 10 Minuten mit Radium durch Stein (125) hehandelt, worauf das Epitheliom schwand. (Tör.)

Das Epitheliom, um das es sich in Sota y Lastras (122h) Fall handelte, erstreckte sich auf die Schleimhaut der Wange und das Gaumensegel his zum Gaumenhogen, die hintere Wand des Rachens und die Basis der Zunge. Die Operation wnrde durch Pizjuan ausgeführt und hrachte Heilung. Der Krankheitsverlauf war wenig hemerkenswert und stellte einen vollen Erfolg des Operateurs dar. (G.)

Es handelte sich in Vilanovas (133a) Fall nm ein Epitheliom der Oberlippe, das innerhalh 17 Tagen durch eine einzige Anwendung von Arsensäure geheilt wurde nnd eine gleichmässige weiche Narbe hinterliess. (G.)

Coenen (31 u. 32) glauht, dass die meisten als Endotheliome heschriebenen Tumoren der Gesichtshaut wahre Epitheliome sind. Er hält die kongenitale Anlage der Geschwülste üherhaupt für wahr-

scheinlich; die Epitheliome würden ans kongenital verlagerten Keimzellen des Rete bervorgehen; der anatomische Charakter der Krehse (Drüsenzellen-, Haarbalg- oder Basalzellenkrebse) hänge von der Entwickelungsstufe ab, in welcher die Verlagerung erfolgt. (A. v. W.)

Die Mitteilnngen Sucbiers (126a) heziehen sich, abgesehen von den chronischen Ekzemen, die er als parasitär anffasst, hanptsächlich auf Karzinome nnd Sarkome etc. (A.)

92 aufeinanderfolgende Fälle von den Mnnd mitergreifendem Krehs wurden von Cohh, Farrar und Simmons (28) an 71 Männern, 21 Frauen im durchschnittlichen Alter von $54^1/_3$ Jahren, in grösster Anzahl zwischen 50—60, demnächst 60—70, zu dritt 40—50 nnd den extremen Altern von 21—74 Jahren beobachtet. 6 Fälle starben hald nach der Operation; Mortalität 10%; 9 wurden geheilt nnd lehten 4 bis 13 Jahre nachher. In operierten Fällen dauerte das Leben länger, als in nicht-operierten Fällen. Von 54 Znngenkrehsen wurden 34 mit einer unmittelharen Mortalität von $8^1/_2$% operiert.

Acht Fälle von Mandelkrebs, wovon nur hei zweien eine radikale Entfernung versucht wurde, starben sämtlich. Von 15 Fällen von Oherkieferkrehs wurden 11 ohne Mortalität operiert. Von 15 Fällen des Unterkiefer-Karzinoms wnrden 12 operiert, mit zwei Todesfällen nach der Operation; 10 lebten nicht über ein Jahr, zwei lehen noch.

Bei bösartiger Erkrankung um den Mnnd herum ist die Prognose sehr schlecht, aher ein gewisser Prozentsatz wird durch Operation geheilt. Die Bösartigkeit der Erkrankung scheint sich mit dem zunehmenden Alter zu verringern. Karzinom der Mandel ist für die Operation am wenigsten günstig, demnächst ein solches des Unterkiefers. — Zehn Fälle von Epulis, Riesenzellensarkom, lebten alle fünf Jahre nach der Operation. Von fünf Fällen des Mandelsarkoms wurden vier operiert; zwei lehten fünf resp. sechs Jahre, einer starh nach einem Rückfall nnd einer lehte 13 Jahre nach der Operation nnter Arsenhehandlung. — Sarkom des Oberkiefers: fünf operiert, zwei leben. Sarkom des Unterkiefers: drei von siehen Fällen lehen. (Toepl.)

Lothrop nnd Scannell (84) beohachteten 69 Fälle von Krebs im und nm den Mund, operierten sie und erhielten spätere Nachricht über 60, wovon 4 lehen:

Karzinom	der Zunge	30	(43,47%),
„	des Unterkiefers	22	(31,88%),
„	des Oherkiefers	9	(13,04%),
„	von Mandel nnd Schlund	8	(11,59%),

46 männlich nnd 13 weiblich; 17 nnoperierhar und 43 operiert.

Schlüsse: Mortalität sehr hoch (90%). Die Lehensdauer der operierten Fälle ist dnrchschnittlich um $3^1/_2$ Monate länger, als hei den nicht operierten Fällen. (Toepl.)

Die Hantsarkome, von den die Hant bildenden Geweben ansgehend, können nach Migliorini (95) verschiedene Typen repräsentieren. Die durch Wucherung des fihrösen Gewehes entstehenden Zellen können sehr verschiedenen histologischen Charakter aufweisen; man hat primäre und solitäre Sarkome der Haut mit spindelförmigen, rundlichen nnd Riesenzellen. Man kennt ferner Sarkome der Haut, die von den Gefässen ausgehen. Die echten Hautsarkome können lympbatische Metastasen bilden. Bei den verschiedenen Sarkomtypen hat Migliorini manche

histologische Besonderheiten festgestellt, die bisher noch nicht von anderen Autoren beschrieben worden sind. Die weichen Naevi können Tumoren von histologisch sehr verschiedenem Bau aus sich entstehen lassen. Die Nävustumoren und die primären Melanotumoren, die Migliorini untersucht hat, waren sämtlich ektodermalen Ursprunges, auch diejenigen, die ihrem Sitz und ihrer Struktur nach mit solchen identisch waren, die von den Autoren immer als mesoblastischen Ursprunges bezeichnet werden. Der direkte Vergleich zwischen den Sarkomen, die er studiert hat, und einer Karzinomgruppe nävischen Ursprunges hat Migliorini ergeben, dass zwischen diesen beiden Geschwulstgruppen sehr viele histologische differential-diagnostische Merkmale bestehen. Migliorini schliesst daraus, dass man als Abart der solitären Hautsarkome, die primär oder nävischen Ursprunges, pigmentlos oder melanotisch sind, gewisse Tumoren beschrieben hat, die histologisch und histogenetisch anderen Tumoren gleichen, welche Migliorini und verschiedene Autoren als Karzinom-Abart aufgefasst haben. (Ve.)

Vier Beobachtungen Pelagattis (102) von Sarcoma Kaposi. Der erste Fall ist durch die Anomalie des Beginnes (Hodensack) bemerkenswert, trotzdem steht er nicht im Widerspruch mit dem allgemeinen Krankheitscharakter des von einigen Autoren sogenannten Akrosarkoms, da die äusseren Geschlechtsteile auch eine Extremität darstellen. Im zweiten Fall bot vier Jahre nach Beginn in der linken unteron Extremität und drei Jahre nach Beginn in der linken unteren Extremität die Hautoberfläche des übrigen Körpers keinerlei Veränderungen dar. Der dritte Fall hatte an der linken Extremität und in der linken Seite (Hemiplegie) begonnen. Boi dem vierten Kranken war der Verlauf schwer und rapid; die makulöse Periode fehlte fast ganz; die Krankheitserscheinungen waren von Anfang an Infiltrationen und nach kurzer Zeit Knoten. Nach Verlauf von zwei Jahren war der Rumpf mit zahlreichen Knoten bedeckt, die Füsse waren elephantiastisch verdickt und deformiert. Die Ursache des rapiden Verlaufes war der schlechte Allgemeinzustand des Kranken. Die Blutuntersuchung der beiden letzten Fälle ergab eine beständige Leukozytose, deren Intensität mit dem Entwickelungsgrade der Krankheit gleichen Schritt hielt. (Ve.)

Zehn Monate alter, blasser, gutgenährter Knabe aus Albrechts Praxis (5); vor sechs Monaten entstand eine rasch wachsende, derbelastische, schmerzlose Geschwulst an der Beugeseite des rechten Oberschenkels; vor zwei Monaten eine zweite an der Unterseite des rechten Untorschenkels; vor einem Monat eine dritte unter dem rechten inneren Knöchel. Die Haut im Bereich der Geschwulst am Oberschenkel ist im Zentrum gelbbräunlich his livid verfärbt, zum Teil mit zahlreichen, 1 cm langen lichtbraunen Haaren besetzt, nicht verschiebbar. Der Umfang des rechten Schenkels ist um 10 cm grösser als links. Die mikroskopische Untersuchung ergab die Struktur eines Fibrosarkoms, ausgehend vom subkutanen Bindegewebe. Verf. hält die Neubildung für angeboren und zwar für einen (malignen) Naevus sarcomatosus. (A. v. W.)

Terebinsky (127) teilt seine Beobachtung aus der Klinik von Prof. T. P. Pawlow-Petersburg mit. 44jähriger Kranker, in Galizien geboren, wohnt in Petersburg seit 10 Jahren und beschäftigt sich mit typographischer Arbeit. Vor sechs Monaten bemerkte er am linken Unterschenkel einen roten Fleck, darauf Knoten. Die Knoten vermehrten

sich und erschienen am Rumpfe, an den oberen und unteren Extremitäten. Mikroskopische Untersuchung: rundzelliges und spindelzelliges Infiltrat, besonders um die Gefässe; Mastzellen, in peripherischen und zentralen Teilen der Geschwulst. Exitus letalis. (Se.)

Clairmont (26). Fall von multipler Tumorbildung, vielleicht Lymphosarkom. Zur Demonstration dieses Falles macht Türk auf ein sehr wichtiges Symptom aufmerksam: Deutliche Druckempfindlichkeit des Sternum, nach welchem die Diagnose wohl mit mehr Recht auf myelogene Leukämie zu stellen sei als auf Lymphosarkom. (A. v. W.)

Der erste Fall Detmicis (38) betrifft einen 65jährigen Mann, bei dem drei Jahre vorher die Erkrankung mit der Bildung eines rotbraunen, erbsengrossen Knötchens begonnen hatte. Bei der Aufnahme in die Klinik war der allgemeine Ernährungszustand sehr schlecht. Die beiderseits symmetrisch bestehende Affektion war sehr ausgebreitet und charakterisiert durch Knötchen und Knoten (linsen- bis nussgross), vereinzelt oder in Tumormassen zusammengedrängt. a) In der Hypothenargegend der linken Hand war ein Tumor von $9^1/_2$—10 cm Grösse, der an einem 1 cm langen Stiel sass; am linken oberen Augenlid fand sich eine Ansammlung von verschiedenen Knoten, die das Augenlid verunstalteten. b) Bis tief in das subkutane Bindegewebe hineingehende Hautinfiltrationen. c) Knötchen, die dem subkutanen Bindegewebe angehörten, mit absolut unversehrter, unverschieblicher Haut darüber (vierte und fünfte rechte Rippe, linksseitige Subklavikulargegend). Die Blutuntersuchung ergab Hydrämie und Vermehrung der mononukleären Leukozyten. 26 Arseninjektionen besserten den Allgemeinzustand.

Der zweite Fall betrifft einen 65jährigen Komiker, bei dem die Erkrankung ein Jahr vorher in der Knöchelgegend des linken Fusses begonnen hatte, und zwar auf beiden Seiten ziemlich symmetrisch. An den unteren Extremitäten fand sich eine ungewöhnliche und bisher wohl noch nicht beobachtete Anhäufung von Knötchen verschiedener Grösse (erbsen- bis haselnussgross), so dass das Ganze eine wuchernde Masse bildete. Bemerkenswert war in diesem Fall das Vorkommen zweier haselnussgrosser Knoten auf der Bauchhaut in der Nähe des Nabels — Knoten, die dem subkutanen Bindegewebe angehörten. An der in der Kniekehlengegend sich vorfindenden Knötchengruppe bemerkte man, was man sonst nie zu beobachten pflegt, die Abblassung einzelner Knötchen, die sonst von braunroter Farbe waren. Die Arsenikkur half nicht viel, die Kachexie schritt fort und fort, und der Kranke starb $^1/_2$ Jahr nach Beginn der Erkrankung. Eine Sektion konnte nicht gemacht werden. Die histologische Untersuchung ergab die Zeichen des idiopathischen hämorrhagischen Hautsarkoms (Rund- und Spindelzellen mit spärlicher Zwischensubstanz, Gefässhohlräume, die die Geschwulstmasse durchsetzen). In dem zweiten Falle konnte man histologisch an den entfärbten Knoten ein lymphatisches Ödem mit erweiterten Lymphgefässen feststellen; reichliche Entwickelung kollagener Bündel und Schwund der Geschwulstelemente, die sich nur noch in dem tiefsten Teile des Knötchens fanden. Handelte es sich etwa hier um das Vorspiel einer regressiven Phase? Die subkutanen metastatischen Knötchen zeigten ausgesprochen die Struktur der Knötchen, wie man sie sekundär in Fällen von subkutaner Sarkomatose auf Knochen- oder Eingeweide-Metastasen beruhend findet, und enthielten ausschliesslich Spindelzellen. (Ve.)

Béron (13) beschreibt die Natur, Ätiologie etc. des idiopathischen Hautsarkoms und teilt die Krankengeschichten und die mikroskopische Untersuchnng von drei von ihm in Bulgarien beobachteten Fällen mit. (Be.)

Drei Fälle Sjögrens (121 n. 122a) von Spindelzellensarkom (kleine Geschwülste am Nasenrücken, resp. Nasenflügel) waren durch Röntgenstrahlen nach etwa 30 Sitznngen vollkommen geheilt. Ein Rundzellensarkom am Arme, nach Trauma entstanden, wurde exstirpiert, rezidivierte nach einigen Monaten, wurde nochmals operiert (mit Ausräumung der Achselhöhle), rezidivierte rasch, so dass die Exartikulation des Armes im Schultergelenke indiziert war, welche Pat. verweigerte. Nach zweimonatlicher Behandlung mit Röntgenstrahlen verschwand die Neubildung vollständig; Heilung mit normal beweglichem Arm. Verf. meint, dass die Rundzellensarkome die besten Chancen für die Röntgentherapie geben, wenn auch die Heilwirkung znweilen erst naeh längerer Zeit erfolgt. (A. v. W.)

Ein 47jähriger Mann aus Phillips' Beobachtung (102a) hatte ein Muttermal am rechten Bein, gerade oberhalb des Knies, das 17 Jahre lang unverändert blieb, sich dann vergrösserte nnd entfernt wurde. Nach einem Jahre wurde ein zweites innerhalb eines Zolles nach links vom ursprünglichen entfernt, aber vor anderthalb Jahren naeh seinem Wiedererscheinen radikal beseitigt. Unmittelbar darauf erschienen kleine schwarze Flecken auf verschiedenen Körperteilen. Manche wuchsen zn 1/2 his 3/4" im Durchmesser, andere wurden nicht grösser als ein Stecknadelkopf. Ein grosser erschien auf der linken Seite der Nasenscheidewand, ein anderer auf dem weichen Gaumen, dem Zäpfchen, dem rechten Aryknorpel nnd im hinteren Nasenraum mit geringer Induration, und die auf der Schleimhaut breiteten sich weniger oval ans. Es bestanden im ganzen 110 kleine dunkle Geschwülste, die sehr dunkelblau, fast schwarz waren. Melanotisches Sarkom. Deutliches Skotom, Pigmentierung unterhalb der linken Papille. Vorgeschichte von Syphilis vor elf Jahren. (Toepl.)

In der Klinik von Professor de Amicis wurde die Röntgenstrahlentherapie bei drei Knötchen vom nnteren Drittel des rechten Oberschenkels durch Chirivino (25) in Anwendung gezogen, nachdem der vierte Knoten zur mikroskopischen Untersuchnng exstirpiert worden war und die klinische Diagnose Sarkom Kaposi bestätigt hatte. Es wurde eine Crookessehe Röhre von 30 cm Fnnkenlänge (der Induktor vermochte 50 em lange Funken zu geben) in Anwendung gezogen. Die Antikathode war von dem Krankheitsherd 15—20 cm entfernt; die Sitzungen wurden alle 2—3 Tage wiederholt und dauerten 7—10 Minuten.

Nach der 5. Sitzung wurden die Knoten merklich kleiner, bei der 23. waren nnr noch drei bräunliche Flecke übrig. Die umgebende Haut zeigte im weiten Umkreise Ausfall der Haut, Hyperämie, Pigmentation und pityriasisartige Desquammation.

Die mikroskopische Untersuchung eines dieser Knotenreste nach der Behandlnng zeigt die Anwesenheit eines kleinen Herdes in der Haut, bestehend aus in Degeneration begriffenen Zellenmassen, umgeben von einer Bindegewebszone und bedeckt von dem, auf einen Sanm epithelialer Elemente reduzierten Schleimkörper.

Verf. glaubt, dass auch die sarkomatösen Knoten wie die Epithelien von den X-Strahlen heeinflnsst worden sind; die Behandlnng wird sich immer dann nützlich erweisen, wenn die Knoten noch im Beginn nnd durch kleine Hautbezirke voneinander getrennt sind. (Ve.)

Boeck (15) teilt fünf weitere Fälle von der von ihm in dem amerikan. „Journal of cutaneous diseases", November 1899 und in der „Festschrift Kaposi", 1900 heschriebenen sehr eigentümlichen nnd als klinische Type sehr scharf charakterisierten Krankheitsform mit. Diese neuen Fälle betrafen einen Mann nnd vier Frauen. Ansserdem werden einige ergänzende Nachrichten über manche seiner früher mitgeteilten Fälle gegeben. Anch zu der in den früheren Arheiten gelieferen histologischen Beschreibung der Neubildung in der Haut, welche in der genannten amerikan. Zeitschrift durch Tafeln illnstriert war, werden hier Snpplemente beigebracht. Das äusserst charakteristische histologische Bild zeigte zahlreiche, sehr scharf ahgegrenzte Herde in der Haut, welche, von den perivaskulären Räumen ausgehend, epithelioiden tuherknlösen Herden eehr analog sind. Doch finden sich verhältnismässig sparsame Leukozyten vor. Riesenzellen sind nicht selten vorhanden, keine Bazillen, ganz ausnahmsweise eine Andeutung von Verkäsung. — Das klinische Bild, das beim ersten Anblick sich in den verschiedenen Fällen sehr different präsentieren kann, tritt hauptsächlich unter drei Formen auf, welche sich jedoch miteinander kombinieren können: als grosse, als kleine Knoten und als diffuse Infiltrate in der Haut. Aber in allen drei Formen findet man, wenu „Glasdruck" angewendet wird, dae Infiltrat von denselben sehr kleinen, miliären Foci gebildet, und dieser Umstand wird beinahe immer hei genauer Unterenchnng die Diagnose sofort möglich machen. Eine Exzision entscheidet ja jedenfalls ans demselben Grund schnell die Diagnose. Die Krankheit hat besondere Liehlingslokalisationen: Das Gesicht, mitunter auch die Pars capillata, den Rücken und die Streckseiten der Extremitäten. Sie tritt mit plötzlichen, oft von Jucken begleiteten Ernptionen auf, erreicht bald ein Höhestadium und zeigt dann, wenn nicht behandelt, einen äusserst chronischen, durch viele Jahre sich hinschleppenden Verlauf mit sehr langsamer, serpiginöser Verbreitung der grösseren Knoten oder Effloreszenzgruppen, wohei ein Stadium mit hervortretender Pigmentation und ein telangiektatisches Endstadium beobachtet werden kann. Der Prozess lässt eeichte Narben zurück, gibt aber nie znm Zerfall oder zur Ulzeration Veranlaseung. Von den hier mitgeteilten fünf Fällen gehört einer der grossknotigen, einer der kleinknotigen nnd drei der diffus infiltrierten Form an, hei letzterem mit beinahe ansschliesslicher Lokalisation im Gesicht. — Auch die Schleimhäute, namentlich die Nasenschleimhaut, waren in drei von den hier referierten Fällen der Sitz sehr chronischer Infiltrate, die sich für eine lokale Behandlung fast unzugänglich zeigten. Auch hartnäckige Bronchitiden kamen vor, in einem Fall selbst Hämoptoe.

Das Lymphdrüsensystem ist in eigentümlicher Weise affiziert, insofern, namentlich in den grossknotigen Fällen, die Kubital-, Femoral- nnd Inguinaldrüsen vorzngsweise angeschwollen sind.

Was die Ätiologie hetrifft, konnten in den Hautknoten von fünf verschiedenen Fällen nie Mikrohen aufgefunden werden. Aber im Falle V dieser Arbeit gelang es in der stark verdickten, aher nicht ulzerierten Nasenschleimhaut Bazillen nachzuweisen, die sich

weder morphologisch noch tinktoriell von Tuberkelbazillen unterschieden. Eine Einpflanzung von einem Stückchen dieser Schleimhaut unter die Rückenhaut eines Meerschweinchens ergab zwar ein positives Resultat, das sich jedoch in mehreren Beziehungen vom gewöhnlichen nach tuberkulösen Inokulationen unterschied. In den sehr langsam anschwellenden Drüsen des Tieres wurden Bazillen nachgewiesen. Es trat keine Allgemeininfektion ein. — Die differentielle Diagnostik wird ausführlich besprochen. — Die Krankheit ist durch sehr lange fortgesetzte Arsentherapie heilbar. — Die Therapie besteht hauptsächlich in der innerlichen Darreichung von Arsen. Gleichzeitig wirken auch Lebertran und Eisen günstig. Während der Arsentherapie schwinden zugleich die angeschwollenen Drüsen, oftmals früher wie die Hautaffektion. Bisher hatte Verf. in Norwegen 10 Fälle gesehen, bei 3 Männern und 7 Weibern. — Verf. schlägt vor, da die Krankheit entweder als eine eigentümliche Form von Tuberkulose oder als eine mit derselben sehr nahe verwandte Affektion anzusehen ist, dieselbe als benignes Miliar-Lupoid zu bezeichnen. (Boe.)

Zwei Fälle Mazzas (92) von Boecks Sarkoid, der eine interessant durch den an Sarcoma haemorrhagicum Kaposi erinnernden Befund, ferner durch die bedeutende Ausdehnung der Eruption und seine bemerkenswerte Lokalisation an den Nerven, der andere durch die Grösse seiner Knoten. Beide besserten sich bedeutend unter Arsenikbehandlung.

Verf. kommt zu dem Schluss, dass es sich nicht um Sarcoma Kaposi gehandelt haben kann, da die Knoten immer von derber Konsistenz waren, nie hämorrhagisch sich zeigten; auch histologisch erinnert der Befund mehr an tuberkulöse Herde, als an hämorrhagisches Sarkom.

Wegen Mangels jeglicher klinischer Kriterien schliesst Mazza Syphilis, Lepra, Leukämie und Pseudoleukämie aus. (Ve.)

Bei einer 45jährigen Frau aus Français' (53) Praxis finden sich an der Streckfläche des rechten Vorderarmes und an beiden Oberschenkeln zahlreiche, schrotkorngrosse, in der Subcutis sitzende, auf der Unterfläche verschiebliche und an der Haut adhärierende, ausgesprochen schmerzhafte Knoten, die zum Teil zu umfangreicheren, lappigen Infiltraten mit gekörnter Oberfläche konfluieren. Es besteht Fieber. Die Affektion begann vor 8 Jahren mit heftigen, kontinuierlichen Schmerzen in den Oberschenkeln, denen nach einem halben Jahre die Entwickelung der Tumoren folgte. Die histologische Untersuchung ergab dichte Ansammlungen von Lymphozyten, epitheloiden und Riesenzellen im Bindegewebe. Auf Grund dieser Tatsachen muss die Erkrankung als ein Fall von multiplen, subkutanen Sarkoiden bezeichnet werden, eine Affektion, die im Sinne von Darier als eine besondere Form der Tuberkulide zu betrachten ist. (R.)

Ein 24jähriger Mann aus Buschkes (22) Praxis, stets gesund, bekam vor einem Jahr ein kleines Geschwür an der Schleimhaut der linken Wange, welches ohne besondere Symptome sich allmählich vergrösserte, während in der Umgebung kleine aphthenartige Gebilde auftraten und auch die ganze Wange anschwoll. Nach Jodkaliumgebrauch heilte alles aus bis auf eine kleine Drüse. Bald begann der Prozess von neuem. Es wurde eine Schmierkur eingeleitet und wieder Heilung erzielt. Doch schon nach 14 Tagen trat abermals eine unregelmässige Ulzeration an der Wangenschleimhaut auf, von beträchtlichem Umfang, aber nicht sehr tief in die Substanz der Wange reichend. Ausserdem

bildeten sich zwei fast symmetrische, kugelige, nicht scharf begrenzte, glatte, derb elastische Tumoren der beiden Schläfegegenden aus, von normaler Haut bedeckt. Keine Schmerzen, Allgemeinzustand nicht verändert. — Kein Anzeichen von Syphilis, Untersuchung auf Tuberkulose negativ, ebenso auf Aktinomykose und Rotz; keine Bakterien im Gewebe. Prof. Alb. Fränkel sprach die Vermutung aus, dass es sich um ein Chlorom handle, welche Geschwulst bekanntlich vom Periost der Schädelknochen ausgehen kann. Die mikroskopische Untersuchung eines exstirpierten Fragmentes ergab allerdings keine grünliche Pigmentierung des Gewebes, doch kommen auch bei Chlorom ungefärbte Partien vor.

Es wurde nun eine Arsenikkur eingeleitet, unter welcher zunächst der linke Schläfentumor zurückging, eine deutliche Delle hinterlassend. Der rechtsseitige Schläfentumor verkleinerte sich und verschwand schliesslich auch, ebenso das Geschwür der Wangenschleimhaut und das umgebende Infiltrat. Dieser Vorgang war von Fieber begleitet. Die Blutuntersuchung ergab: Polynukleäre L. 65,8 %, Lymphozyten 13,2 %, grosse Lymphozyten und Übergangsformen 21 %. — Verf. vermag sich über die Diagnose des Falles nicht bestimmt auszusprechen. Der relativ gutartige Verlauf seit 1 1/2 Jahren, das Fieber, die Anomalien des Blutes, das wiederholte Verschwinden der Krankheitsherde lassen auf eine Infektionskrankheit schliessen. Mit der von Mikulicz beschriebenen symmetrischen Affektion der Tränendrüsen scheint der Fall nichts gemein zu haben. (A. v. W.)

Eine wissenschaftliche Betrachtung Johnstons (70) über das Problem des Ursprunges melanotischer Geschwülste, in welcher die widersprechenden Meinungen verschiedener Forscher geprüft und die eigenen Erfahrungen des Verf. zusammengestellt werden. Zahlreiche farbige Illustrationen und Photographien erhöhen den Wert der Arbeit. Johnstons Schlüsse sind folgende: 1. Abgesehen von der natürlichen Unterscheidung choroider und Hauttumoren zeigen die melanotischen Neubildungen, je nach ihrem Ursprung, verschiedene Varietäten. 2. Die bekanntesten und wichtigsten sind die, welche von weichen Naevi abstammen, Endotheliome, die von Lymphgefässen ihren Ausgang nehmen. Auch das Nävomelanom, dessen Histogenese nicht sicher bestimmbar ist, ist gleichen Ursprunges. 3. Eine zweite Varietät mit denselben histologischen Bildern stammt nicht von Naevis ab, sondern rührt direkt vom Endothel her, ist also wahrscheinlich lymphatisch. Diese Gruppe umfasst auch das melanotische Nagelgeschwür und die malignen Leberflecken. 4. Die dritte Abteilung ist sicher epithelialen Ursprunges, obgleich ihre Existenz geleugnet worden ist. Diese Tumoren sind von verschiedenem Typus und zeigen nur eine sehr geringe lokale Tendenz, bösartig zu werden, eine Tatsache, die an sich genügt, einen kardinalen Unterschied von den melanotischen Endotheliomen festzustellen, deren Fähigkeit in dieser Beziehung kaum übertroffen werden kann. 5. Eine histologische Diagnose ist die einzige sichere Methode der Unterscheidung beider. (Ch. J. W.)

81jähriger, rüstiger Mann aus Spieglers (124) Praxis; äussert heftig juckendes, universelles Ekzem, vielfach nässend, seit zwei Jahren. Gegenwärtig ist der ganze Körper bedeckt mit rotbraunen, leicht prominierenden, kuchenartig in der Haut sitzenden, mit ihr verschiebbaren, etwa guldenstückgrossen Tumoren, die stellenweise zu Plaques konfluieren, aber nur spärliche, oberflächliche Ulzerationen mit gangränösem

Zerfall aufweisen. Innere Organe, Harn normal. Mononukleäre Elemente im Blute etwas vermehrt. Keine Leukämie. (A. v. W.)

Als Folge schweren konstanten Pruritus entwickelten sich in einem Falle Markleys (88) auf der Haut des ganzen Körpers runde, dunkelrote und indurierte Stellen, die lebhaften Schmerz verursachten. Nach drei Wochen lang durchgeführter Röntgenbestrahlung war Besserung erzielt; nach sechs Wochen waren alle lokalisierten Läsionen mit Zurücklassung kleiner Pigmentflecke verschwunden. (Ch. J. W.)

Eine typische Mycosis fungoides bei einer 68jährigen Patientin Fioccos (48) mit Autopsie und histologischer Untersuchung. Die Blutuntersuchungsresultate sind ganz analog denjenigen, wie sie bei den schon früher veröffentlichten vier Fällen beschrieben worden sind. Das Verhältnis der roten zu den weissen Blutkörperchen und der verschiedenen Leukozyten-Arten zueinander sprechen nicht für eine abgerundete Leukämie, sondern für eine Mononukleose. Die Mycosis fungoides lässt sich jenen besonderen und sehr komplizierten Krankheitszuständen vergleichen, die wir unter dem Namen Pseudo-Leukämie zusammenfassen. Andererseits scheinen doch bei der Mykosis noch variable Blutformeln zu bestehen, und es ist wahrscheinlich, dass man noch dazu gelangen wird, für die Krankheit mit lymphatischem Typus folgendes Schema aufzustellen: a) perniziöse Lymphodermie nach Kaposi; b) Mycosis fungoides nach dem Typus der medullären Leukämie; c) Mycosis fungoides nach dem Typus der lymphatischen Leukämie; d) Mycosis fungoides nach dem Typus der Pseudoleukämie; e) prämykotische Erythrodermie mit starken Blutveränderungen nach dem Typus der Leukämie; f) Leukämidie nach Audry. (Ve.)

Sehr eingehende Beobachtung von Ramazotti (118) einer 32-jährigen Kranken mit Mycosis fungoides, die alljährlich rezidivierte und mit ekzematösen, pruriginösen Eruptionen einherging. Klinisch ist der Fall durch die Zahl und die Entwickelung der mykotischen Tumoren interessant, ferner durch die Intensität der Drüsenschwellungen und durch die in den letzten Lebensmonaten angestellten Blutuntersuchungen, die eine Vermehrung der Zahl der weissen Blutkörperchen (110000 im Kubikmillimeter) und eine prozentuale Steigerung der mononukleären (23 % grosse, 21 % kleine) ergaben.

Die Beobachtung erstreckte sich ferner auf eine eingehende histologische Untersuchung der Hautveränderungen, der Lymphknoten, des Knochenmarks, der Nieren, Leber und Milz. (Ve.)

Radaeli (109) berichtet über einen klinisch als Mycosis fungoides zu deutenden Fall. Die Hauterkrankung war durch das klinische Bild einer Pseudoleukämie kompliziert. Die histologischen Veränderungen in den Lymphdrüsen, Milz, Knochenmark erinnern an das Bild der Hautveränderungen. Radaeli fragt sich, ob man in seinem Falle nicht von einer Hautpseudoleukämie sprechen könnte. Um dem Falle klinisch diese Deutung geben zu können, müsste man allerdings Abstand nehmen von der sogen. klassischen Theorie der Leukämie und lymphatischen Pseudoleukämie, die dieselben als einfache Hyperplasie des lymphatischen Gewebes darstellt, und sich der Bontischen Theorie zuwenden, welche die Leukämie als systematisierte Sarkomatose betrachtet. (Ve.)

XXIX.

Lepra.

Bearbeitet von **O. Lassar**-Berlin, mit Beiträgen von **Rasch**-Kopenhagen, **Rusch**-Innsbruck, **Selenew**-Charkow und **Verrotti**-Neapel (im Auftrage von **De Amicis**-Neapel).

Literatur:

1. von Bassewitz, Ernst, Spielen die Krätzmilben eine Rolle bei der Verbreitung der Lepra? München. Med. Wochenschr. S. 1981.
2. Bjarnhjedinsson, Laegeberetning fra den danske Oddfellowordens Spedalskhedshospital i Langarnes Island, for Aaret 1903. (Ärztlicher Bericht des Aussatzspitals des dänischen Oddfellowordens in Laugarnes, Island, für das Jahr 1903.) Ugeskrift for Laeger. S. 251.
3. Deycke-Pascha und Reschad-Bei, Neue Gesichtspunkte in der Leprafrage. Deutsche med. Wochenschr. S. 489.
4. Duque, M. et Moreno, A., L'extrait de palétuvier contre la lèpre. Sem. méd. S. 479.
5. Derselbe, Traitement de la lèpre par le palétuvier ou manglier rouge.
6. Dyer, I., The cure of leprosy. Med. News. 29. Juli.
7. Graham, J. H. P., A case of leprosy in a European. Lancet. 21. Oktober.
8. Guibert, L., Les lépreux et les léproseries de Limoges. Limoges.
9. Hallopeau, H., Note complémentaire sur une lépride scarlatiniforme avec atrophies consécutives en foyers miliaires, variéte nouvelle. Berliner klin. Wochenschr. S. 106.
10. Kermorgunt, A., Notes sur la lèpre dans nos diverses possessions coloniales. Ann. d'hyg. et de méd. colon. Janv., Févr. Mars.
11. Krischewitch, E. K., 1. Lepra tuberosa et Lues gummosa; 2. Lepra tuberosa et anaesthetica. Protokolle der Charkower Dermatologischen und venerologischen Gesellschaft. Sitzung am 5. Mai. Russisches Journal der Haut- und venerischen Krankheiten. T. IX. Mai.
12. Lie, H. P., Lepra im Rückenmark und den peripheren Nerven. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 73. S. 3 u. S. 171.
13. Nicolle, Ch, Reproduction expérimentale de la lèpre chez le singe. Rev. méd. de Normandie. 10. Mars. Acad. des Scienc. 20. u. 27. 11. Compt. rend. hebd. des Séances de l'Acad. des Scienc. T. 140. S. 539.
14. Pollio, G. e Fontana, A., Sull'emolisi nella lebbra. Gazz. degli osped. 4 Giugno. Nr. 67.
15. Rochat et Billet, J., Note sur un cas de lèpre. Ann. de dermatol. et de syph. Mai. S. 422.
16. Rost, E. R, On the pathology and treatment of leprosy. Brit. med. Journ. 11. Februar.
17. Rovery, M., Contribution à l'étude de la lèpre. Thèse de Lyon.
18. Ruelle, Un traitement de la lèpre usité au Mossi, Soudan français Ann. d'hyg. et de méd. colon. Juillet, Août, Septembre.
19. Serra, A., Brevi note sulla terapia odierna della lepra e specialmente sull' uso dell'olio di chaulmoogra. Giorn. internat. delle scienze mediche. Fasc. 5. S. 193.
20. Thiroux, Quelques tentatives d'inoculation de la lèpre. Ann. d'hyg. et de méd. colon. Janv., Févr. Mars.
21. Weil, P. E., Essais de culture du bacille lépreux. Ann. de l'Inst. Pasteur. Décembre.
22. Weil et Tessin, Le liquide céphalo-rachidien dans la lèpre. Soc. de biol. 3. u. 10. Juin.
23. Wilkinson, H. B., La radiothérapie de la lèpre. Sem. méd. S. 126.

Aus den Lepromen eines schwer tuberösen Falles züchteten Deycke und Reschad (3) eine Streptotrichee in Reinkultur, die fast auf allen bekannten Nährböden wächst, bei 37° ihr Optimum hat. — Im Bouillonröhrchen bei 40° Temperatur entwickeln sich Pilzdrusen. Diese verwandten Deycke und Reschad als Vaccin und sahen davon in allen Fällen der Impfung (12) einen sehr günstigen therapeutischen Einfluss auf die Lepra. Die Arbeit beschäftigt sich nun im wesentlichen mit der Frage, welcher Zusammenhang zwischen dem Hausenschen Leprabacillus und der gefundenen Streptotrichee bestehe, und es wird der Schluss gezogen, dass diese Streptotrichee die saprophytische Stammart des dem Menschen angepassten Leprabacillus repräsentiere. Dass der Bacillus selbst so schwer zu züchten ist, liege daran, dass er ausserordentlich selten sich lebend im Gewebe finde. Wenn man die wenigen Keime durch entsprechende Kultur anreichere, gelinge es meist die von Borddin gefundene Diphtheridee, die dem Leprabacillus identisch ist, zu züchten. (L.)

Von den Internierten, über die Bjarnhjediusson (2) berichtet, starben 9, während 12 aufgenommen wurden (hiervon jedoch einer, der als nicht leprös wieder entlassen wurde). In allem wurden im Jahre 1903 behandelt: 28 Frauen und 20 Männer mit Lepra tuberosa (von denen resp. 5 und 2 starben), 14 Frauen und 10 Männer mit Lepra anaesthetica (2 der Männer starben). Die längste Krankheitsdauer für die Gestorbenen betrug 21, die kürzeste 8 Jahre. Eine der Aufgenommenen hatte drei Söhne, die aussätzig waren, und war aller Wahrscheinlichkeit nach von dem ältesten, der schon im Jahre 1898 interniert wurde, angesteckt worden; die ersten Symptome der Krankheit verspürte sie 3—4 Jahre nachher. Eine andere Frau des Jahres 1903 hatte eine aussätzige Tochter; als diese im Jahre 1895 als krank erkannt wurde, schien die Mutter völlig gesund. Nur zwei Patienten könnten den Gedanken erwecken, dass sie ihre Krankheit geerbt hätten.

Durch regelmässige Wägungen ist für die meisten Patienten im ersten Halbjahre stets eine Gewichtszunahme konstatiert worden. Bei Sektionen hat Verf. bei ca. 17% der Fälle Tuberkulose gefunden; diese Komplikation war nur bei ungefähr der Hälfte die Todesursache. (Ra.)

Bericht v. Bassewitz' (1) über einen Fall, bei dem nachweisbar die Übertragung durch Krätzmilben erfolgte. — Da es bisher noch nicht geglückt ist, auf irgend einer Weise die Art der Übertragung der Lepra festzustellen, scheint dem Verf. die fernere Beachtung dieser Möglichkeit von Bedeutung. (L.)

Nachtrag zu dem 1904 in Nr. 37 der Berliner klin. Wochenschrift veröffentlichten Falle Hallopeaus (9): 16jähriges Kind, das mit roten, leicht papulösen Flecken bedeckt war. Mikroskop: leicht entzündliches Ödem der Haut: der Papillarkörper stark von Leukozyten angefüllt. In jeder Papille Hansensche Bazillen in Gruppen von 12—20. Also die geringste histologische Veränderung, die bisher bei Lepra beobachtet wurde. (L.)

Mitteilung von seiten Rochets und Billets (15) der ausführlichen Krankengeschichte eines typischen Falles von Lepra tuberosa bei einem 40jährigen Manne, der die Erkrankung vor 5 Jahren in Französisch-Guyana akquirierte. (Bietet nichts Neues.) (Ru.)

Krischewitch (11) demonstriert zwei Fälle von Lepra. Im ersten Falle, bei einem 58jährigen Manne, waren Lepra tuberosa und Lues gummosa vorhanden. Im Schleime wurden Bazillen von Koch gefunden.

Der Kranke bemerkte, dass Lepra sich entwickelte, als er aus Zentral-Russland in die Priasowische Gegend umgezogen war, wo er sich von Fischen nährte. Der zweite Kranke, 25 Jahre alt, Landmann des Bachmutischen Kreises, hatte eine ungewöhnliche Form des Leidens, welches Verf. als Lepra tubero-anaesthetica notierte. Nach der Meinung von Seleneff erinnert diese Hautkrankheit an das Bild von Ulerythema. (S.)

Ausführliche Untersuchungen Lies (12) über das Vorkommen von Leprabazillen im Nervensystem und über die Veränderungen, die die Lepra in den Nerven setzt, haben ihn zu folgenden Resultaten geführt:

Die Leprabazillen greifen zuerst die feinen Nervenäste der Haut an. Entgegen bisheriger Anschauung (Danielssen) treten sie nur in den peripherslen Teilen der Nerven auf; in den zentralen sind sie niemals nachzuweisen. Sie verschwinden schnell in der Haut, ihr Wachstum in den Nerven setzen sie lange fort. — Aufsteigende Neuritis ist die Regel, absteigende eine seltene Ausnahme. — Die sehr sorgfältige Beschreibung der Veränderungen, die die Lepra an den Nerven und im Rückenmarke erzeugt, führen zu dem Ergebnisse, dass diese Veränderungen eine unmittelbare Folge der Lepra selbst und für sie charakteristisch sind. (L.)

Das Serum der Leprösen erweist sich nach Pollio und Fontana (14) experimentell (ein schon über drei Jahre lang Schwerkranker) als absolut frei von Auto- und Isolysinen; es ist heterolytisch für die Kaninchenblutkörperchen, aber in anderer Weise, als das Serum von Gesunden oder von Syphilitikern. Die roten Blutkörperchen des Leprösen sind nur leicht löslich in dem Kaninchenserum, unlöslich in dem Serum von Gesnnden und von Syphilitikern. Weder Serum noch Blutkörperchen des Leprösen bieten also irgendwelche für Hämolyse charakteristische Erscheinungen dar. (V.)

An der Hand von sieben Fällen gelangte Serra (19) zu folgenden Schlusssätzen: 1. Die Quecksilberbehandlung bringt bei Lepra manche Besserung. Das Sublimat ist dem Kalomel vorzuziehen, weil es von den Kranken besser vertragen wird und weil es günstigere Resultate gibt. 2. Das Natrium cacodylicum bringt geringe Besserung, weil es den Allgemeinzustand der Leprösen hebt, das Körpergewicht, die Anzahl der roten Blutkörperchen und den Hämoglobingehalt steigert; es macht den Organismus gegenüber dem vordringenden Leiden widerstandsfähiger. Das Chaulmoograöl kann sowohl per os als auch subkutan verabfolgt werden, ohne dass es zu Nierenentzündungen oder zu bemerkenswerten Nierenstörungen Veranlassung gibt. Die intensive Behandlung mit Injektionen gibt gegenüber der Darreichung des Mittels per os eine grössere Sicherheit des Erfolges. Auf dem Wege des Magendarmkanales wird das Mittel von dem grössten Teil der Kranken gut vertragen, da es keine Magenstörungen hervorruft und auch ungelöst mit heisser Milch verordnet oder mit Milchdiät verabreicht werden kann. Wiewohl es nicht ganz frei von Nebenwirkungen ist, ist das Mittel doch allen übrigen zur Heilung der Lepra verwandten Mitteln vorzuziehen. Es erleichtert die Rückbildung und Vernarbung der leprösen Geschwüre, vermag bei den Lepraknoten und bei den leprösen Infiltrationen Veränderungen hervorzurufen, die ihre Resorption beschleunigen, es bessert den Allgemeinzustand der Kranken und scheint deshalb in höherem Masse eine spezifische Wirkung zu besitzen, als alle die Mittel, die dem Leprabacillus gegenüber in Anwendung gezogen worden sind. (V.)

XXX.

Pellagra, Akrodynie und Ergotismus.

Von Merk-Innsbruck, mit Beiträgen von Béron-Sophia, Selenew-Charkow, und Verrotti-Neapel (im Auftrage von De Amicis-Neapel).

Literatur:

1. Abadie et Cardenal, Un cas de pellagre. Gaz. hebd. des Sciences méd. de Bordeaux. 24 Sept. Nr. 39. (Nach einem Referate der Revue neurologique. S. 1158, woselbst sich auch noch andere Berichte über Pellagra, aber grösstenteils die nervösen Symptome betreffend, vorfinden.)
2. Antonini, G., Per la terapia della pellagra grave. (siehe sub 27.)
3. Camurri, L. V, Il ricambio materiale nei pellagrosi. (siehe sub 27.)
4. Ceni, Carlo, Di alcuni caratteri biologici dei penicilli in rapporto colle stagioni e col ciclo annuale della pellagra. III. Congresso della Società italiana di patologia Rom. April und Rivista pellagrologica italiana. Anno V°. Nr. 4. Luglio. (Vorl. Mitteilung.)
5. Derselbe, Di una nuova specie di aspergillus varians e delle sue proprietà patogene in rapporto coll'etiologia della pellagra. Riv. sperim. di freniatria e di med. leg. XXXI. 3—4.
6. Ceni, Carlo und Besta, Carlo, Die pathogenen Eigenschaften des Aspergillus niger mit Bezug auf die Genese der Pellagra. Boitr. z. pathol. Anat. und zur allgem. Pathol. Bd. 37. S. 578.
7. Dieselben, Sulla persistenza del potere vitale e patogeno della spora aspergillare nell'organismo animale; contributo sperimentale alla recidività della pellagra. Riv. sperim. di freniatria e di med. leg. XXXI. 3—4.
8. Deiaco, Pius, Beitrag zur Symptomatologie der Pellagra. Wiener klinische Wochenschrift. Nr. 35.
9. Fiorini, M. e Gavini, G., Contributo allo studio della formula emoleucocitaria nei pellagrosi. Riv. critica di clinica medica. 25. November.
10. Georgieff, W., Die Pellagra im Kreise Orchanie. Pellagrata r. Orchaniiski Okrag. Protocoli na IV Lekorski Sajuss.
11. v. Haberler, Prophylaxe der Pellagra. 77. Vers. deutscher Naturforscher und Ärzte. (Diskuss: Pontoni.)
12. Hoch, Karl, Ein Beitrag zur Heilung der Pellagra. Zentralbl. f. d. ges. Ther. S. 337 und Ärztliche Zentralzeitung. Nr. 16.
13. Lupu, Theophil, Über Pellagra sine Pellagra. Wiener klinische Wochenschr. Nr. 26.
14. Merk, Die pellagrösen Hautveränderungen. 77. Vers. deutscher Naturforscher und Ärzte.
15. Derselbe, Eine genuine Pellagra im Oberinntale. Wiener klinische Wochenschrift Nr. 37.
16. v. Neusser, Edmund, Über Pellagra. Allg. Wiener med. Zeitg. S. 495, 507.
17. Derselbe. Verbreitung, Erscheinungen und Therapie der Pellagra. 77. Vers. deutscher Naturforscher und Ärzte.
18. Parhon, C. et Goldstein, M., Sur un nouveau cas de pellagre accompagné de la rétraction de l'aponévrose palmaire. Rev. de méd. August.
19. Parhon et Papinian, Sur les altérations des neurofibrilles dans la pellagre. Soc. de biol. 25. février. 4. mars
20. Poltnwzeff, A. P., Zur Kasuistik der Pellagra pigmentosa. Russisches Journal für die Haut- und venerischen Krankheiten. T. IX. März.
21. Rudnik, M. A., Der Betrieb der Speiseanstalt für Pellagröse in Razancze (Bukowina) im Jahre 1905. Wiener klinische Wochenschrift. Nr. 47.
22. Sacconaghi, G. L., Il pellagrotifo. (Sonderabdruck, Pavia, Morelli). Gaz. med. ital. 5., 12., 19. und 26. Jan. Nr. 1, 2, 3 u. 4.
23. Sambon, L. W., Remarks on the geographical distribution and etiology of pellagra. Brit. med. Journ. 11. November. S. 1272.

24. Sturli, Ätiologie der Pellagra. 77. Vers. deutscher Naturforscher und Ärzte. (Diskuss.: Langstein).
25. Testi, A., Sclerosi laterale amiotrofica familiare e pellagra. Riforma med. 8. April.
26. Tuczek, Die nervösen Erscheinungen bei Pellagra. 77. Vers. deutscher Naturforscher u. Ärzte.
27. Rivista pellagrologica italiana. Herausgegeben vom Comitato permanente inter provinciale contro la pellagra in Udine. Anno V. 6 Hefte.
28. Diskussion über Pellagra gelegentlich der 77. Vers. deutsch. Naturforscher u. Ärzte: Pontoni, Langstein, Stefanowicz, Luksch.

(27) Eine Zeitschrift, zuvörderst nur bestimmt für lokale Zwecke, birgt sie so manches Referat und kleinere Originalartikel, willkommen dem, der sich für den Gegenstand interessiert. Der vorliegende Jahrgang enthält folgende kleinere Artikel, auf welche nur zum Teil näher eingegangen werden kann:

Antonini: Per la terapia della pellagra grave (siehe sub 2).
Ormea: Il protargolo nella pellagra.
Zanon: Su i riflessi cutanei dell' arto inferiore nei pellagrosi.
Mannini: Sulle lesioni delle arterie nei pellagrosi.
Ormea: La eliminazione del bleu di metilene per via renale nei pellagrosi.
Camurri: Il ricambio materiale nei pellagrosi (siehe sub 3).
Alpago-Novello: Ancora sull' ateromasia nei pellagrosi.
Ceni: Di alcuni caratteri biologici dei penicilli in rapporto colle stagioni etc. (siehe sub 4).
Gavina: Contributo all' eziologia della pellagra.
Valtorta: Pellagrologia clinica.
Besta: Nuove ricerche sopra il tossico dell' aspergillus fumigatus. (M.)

Georgieff (10) referiert auf dem IV. Ärzte-Kongress Bulgariens über die Pellagra im Kreise Orchanie. Die Krankheit ist in diesem Kreise sehr verbreitet und unter dem Namen Ophik der Bevölkerung gut bekannt. Als Kreisarzt hat Georgieff im Verlaufe von drei Jahren über 400 Pellagröse beobachtet (Einwohnerzahl der Dörfer 32000). Es finden sich die verschiedensten Grade der Krankheit, von den einfachen Erythemen bis zu den schwersten psychischen Störungen. — In der sich entwickelten Diskussion betonen viele Redner die grosse Verbreitung der Pellagra im ganzen Lande. Die Krankheit wird beobachtet auch in Gegenden wo kein Mais gegessen wird. Bis jetzt sind keine besonderen Massregeln gegen die Pellagra in Bulgarien getroffen worden. (B.)

Ceni hatte ausser Aspergillus fumigatus und flavescens aus Leichen bei chronischer Pellagra auch Aspergillus niger gezüchtet gehabt. Ceni und Besta (6) untersuchten deshalb auch bei letzterem Pilze, ob sich eventuelle spezifische toxische Substanzen gewinnen liessen. Die Versuche wurden an Meerschweinchen, Kaninchen und Hunden teils durch Injektion von Sporenemulsion, teils durch Inokulation von infizierten Maiskeimen, teils durch Ernährung mit infiziertem Mais oder Maismehl ausgeführt. Weiters injizierten sie Alkohol- oder Wasserextrakte der Kulturen.

Sie fanden den Aspergillus niger pathogen, sowohl als solchen, wie in den Extrakten. Das pathogene Vermögen stehe nicht mit Phenol-

verbindungen in Zusammenhang. Der Aspergillus niger spiele wegen der Natur seiner toxischen Substanzen bei der Genese chronischer Pellagraformen eine Rolle. (M.)

Nicht nur die Stärke des Giftes dieser Pilze wechselt nach Ceni (4) mit den Jahreszeiten, man beachtet sogar entsprechende Änderungen im Charakter des Giftes. (M.)

Die Verhandlungen der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte in Meran über Natur und Behandlung der Pellagra enthalten ein sehr anschauliches Bild über den ganzen Stand der Pellagraformen. Sie bestehen aus fünf Referaten nnd einer Diskussion (18).

v. Neusser (17) (auch 16) gibt eine skizzenhafte aber doch überaus reiche Schildernng sämtlicher Symptome. Insbesondere verbreitet sich v. Neusser über: Erstes Auftreten der Pellagra. Ausbreitung in Europa, Amerika, Afrika. Verhältnis znr Rasse, znm Alter, Vererbung. Periodizität des Leidens.

Das Bild selbst ist vorwiegend ans Haut-, Darm- und Nervensymptomen zusammengesetzt. Reihenfolge dieser Symptome. Akuter und chronischer Verlauf. Detaillierung der Nerven-, Haut- und Darmerscheinungen. Darmflora bei Pellagra. Blutbefunde. Antitoxine im Serum. Harnbefunde. Stoffwechsel. Fieber (Typhns pellagrosus). Diagnose. Obduktionsbefnnde. Therapie. Schliesslich plaidiert v. Neusser für die Errichtung eines internationalen Institutes zum Studinm der Krankheit. (M.)

Sturli (24) geht von der ursprünglichen bezüglichen Anschauung aus, betreffend die alimentäre Insuffizienz der Maisnahrung. Er zeigt, wie diese Ansicht der Anschanung Lombrosos (Pellagra ist eine Vergiftungskrankheit, herrührend von verdorbenom Mais) weichen musste. Besprechung der im Mais und Maisnahrung gefundenen Pilze und ihrer Stoffwechselprodukte. v. Neussers Ansicht: Pellagra ist das Resultat zweier Faktoren, der Nahrung mit schlechtem Mais nnd der anderweitigen Zuvorerkrankung des Individunms. Auch Branntwein, aus verdorbenem Mais bereitet, könne Pellagra erzeugen. — Giaxas Ansicht ist, dass in dem mit Maisresten gefüllten Darme durch die biologische Tätigkeit der Colibazillen spezifische Gifte entstünden. — Gosios, Di Pietros und Cenis Ansichten, denen zufolge Penicillien nnd Aspergillen in manchen Varietäten toxische Eigenschaften entwickeln können.

Andererseits spräche das Auftreten sporadischer Pellagra sowie angeblicher Pellagra-Endemien in gewissen spanischen Distrikten, in denen Mais weder genossen noch gebaut wird, für das Vorkommen von Pellagra ohne Mais. Dieser Punkt bedürfe aber noch der Aufklärung.

Sturli argumentiert: Es müsse sich bei Pellarga um eine exogene Intoxikation handeln und das Gift gelange dnrch die vegetabilische Nahrnng in den Organismus. Jedenfalls müsse man eine krankhafte Disposition des Befallenen als notwendig voraussetzen. (M.)

Die nervösen Erscheinungen der Pellagra gehören nach Tuczek (26) zu den zuerst auftretenden Symptomen der Krankheit und können sich vollständig zurückbilden. Wiederholen sie sich in folgenden Jahren. so werde die Restitution immer unvollkommener. Tuczek schildert diese Anfangssymptome und beschreibt jene des vorgeschrittenen Stadiums, bei welchen der Prozess greifbare Lokalisationen annehme. Es stellen sich neben Allgemeinerscheinungen periphere, spinale, symphatische und cerebrale Symptomenkomplexe ein. Diese Symptome erfahren ausführliche Schilderung.

Den Pellagratypus fasst Tuczek als akute Steigerung des gesamten nervösen Komplexes bei chronisch Pellagrösen auf, neben einem Zustande tiefer Bewusstseinstrübung mit neuro-muskulärer Übererregbarkeit, Magendarmbeschwerden und irregulärem Fieber.

Besprechung der pathologisch-anatomischen Befunde.

Die gesamte Semiotik deute auf Entwickelung der Pellagra aus einer Intoxikation des Gehirnes, Rückenmarkes und Sympathicus. Die Pathologie des Zustandes weise viel Analogie zu anderen Intoxikationen, wie Ergotismus, Blei-, Alkohol-, Leucbtgasvergiftnng etc. auf.

Ob es gerechtfertigt sei, bei der pellagrösen Rückenmarkserkrankung von Systemerkrankungen zn sprechen, bleibe dahingestellt. (M.)

Merk (14) legt grosses Gewicht darauf, dass die Hautsymptome für die Diagnose genau so zu bewerten sind, wie die Hautsymptome bei akuten Exanthemen. Dem Charakter nach seien die Hautveränderungen Erytheme, dem System nach nahezustellen dem Erythema exsudat. multiforme Hebra, aber aucb gewissen toxischen Erytbemen. Es folgt nun eine Hervorhebnng der einzelnen antbologischen Charakteristika des Pellagraerythemes. Besonders wird betont, dass sein Entstehen nicht unbedingt auf direkte Sonnenwirkung zurückzuführen sei. (M.)

Die Bekämpfung der Pellagra bereite, wie v. Haberler (11) ausführt, Schwierigkeiten, solange die Ätiologie nicbt vollkommen aufgeklärt sei. Die Erfahrung lehre, dass man den Genuss verdorbenen und minderwertigen Maises bintanbalten müsse, dass die allgemeine Ernährungsweise der Bevölkernng zu verbessern sei und dass die bygienischen Verhältnisse der ergriffenen Bevölkerung zn heben seien. Rein sanitäre Massnahmen, wie Errichtung von Pellagrosarien, Speiseanstalten etc. haben keine Aussicbt auf danernden, ausgiebigen Erfolg. Viel wirksamer seien Hebung der sozialen Verhältnisse, wie Förderung der Landwirtschaft, Industrien etc. (M.)

Pontoni (28) legt in der Disknssion grossen Wert darauf, dass speziell zur Ernährung der Kinder gute Milcb beschafft werde. Er würde solche Milchanstalten für vorteilbafter balten als die Landbäckereien, die Trockenkammern oder gar die bygienischen Speiseanstalten.

Langstein (28) betont, dass sicb ans Mais durch Alkohol eine Albumose, das Zeïn extrahieren lasse, welcbes ansserordentlicb toxisch sei.

Stefanowicz (28) bestreitet, dass die gefurchte Zungenoberfläche für Pellagra cbarakteristisch sei. Pellagröse Veränderungen am weiblichen Genital babe Stefanowicz (28) schon 1902 beschrieben.

Luksch (28) bestreitet ebenfalls den Wert der Volksküchen bei kämpfung der Pellagra.

Lupu (13) glaubt auf Grund von 15 in Skizzen mitgeteilten Beobacbtungen den Schluss ziehen zu können, dass es eine Pellagra ohne Hauterscheinungen gebe. Ob ihm dies vollkommen gelungen, muss dahingestellt bleiben, weil es sich bei mehreren seiner Beobachtungen lediglich um spätes Auftreten des Erythems handelte. Auch ist nicht ohne weiteres ersichtlich gemacht, ob alle mitgeteilten Beobachtungen wirklicbe Pellagra betreffen, umsoweniger, als Lupu selbst die Diagnose in mancben Fällen als unentschieden hinstellt. (M.)

Deiaco (8) gibt eine eingebende Schilderung der gesamten Symptome eines Falles von Pellagra. Von dermatologischem Interesse ist besonders eine Schilderung des Erythemes der Handrücken, die Ausbreitung bis an den Nagel und die Beteiligung der Haut bezw. Schleimhaut des weiblichen Genitales. (M.)

Ein gut beschriebener Fall Sacconaghis (22) von sogenanntem Pellagratyphus, einem typhusähnlichen Endstadium der Pellagra, das klinisch mit dem Delirinm acutum der Psychiater grosse Ähnlichkeit besitzt. Vom Sektionsbefund wird das Knochenmark eingehender beschrieben. Ein ausführliches Literaturverzeichnis ist der Arbeit beigegeben. (M. Sternberg-Wien. Ref. in Wiener kl. Wochenschr. 1905. S. 436.) (M.)

Beachtenswerte Beschreibnng des Betriebes einer Speiseanstalt (21). (M.)

Ziemlich reiche und referierende Behandlung des Themas dnrch Samhon (23). (M.)

Beschreibnng eines Falles von sporadischer Pellagra durch Abadie und Cardenal (1). (M.)

Merk (15) heobachtete fern von einem Endemieherde einen typischen Fall von Pellagra, hei dem die Diagnose auf Grund der Hautsymptome gemacht wurde und durch nachfolgende Symptome von Seiten des Nervensystemes sowie durch den letal endenden Typhus pellagrosus bestätigt wurde. (M.)

Seltener Fall aus Poltawzeffs (20) Beobachtnng von Pellagra pigmentosa nniversalis, aus der Klinik von Selenew. Diakon D., aus Bessarabien gehürtig, 51 Jahre alt, bekam eine Hautaffektion nach dem Mamaligaessen („maiskissel"); er nährte sich immer vom Mais und liebte diesen sehr. Als erstes Krankheitszeichen zeigte er Mangel an Appetit nnd ein Gefühl der Schwere im Unterleib, drei Tage später Neigung zum Erhrechen und leichte Darmschmerzen, endlich Diarrhöe, Abnahme der Kräfte und musste sich legen. Dann bemerkte er braungraue Flecke am Rumpfe, welche später auf andere Körperteile, obere und untere Extremitäten sich verbreiteten. Patient selbst beschuldigt Mamaliga, welche aus nicht frischem Mais gekocht worden war (Mais war hraun und nicht gelb). Er tritt in die Ckarkower Klinik ein, nachdem er schon das ganze Jahr krank gewesen war. Ohjektive Veränderungen: Vergrösserte schmerzlose Leber. Tympanie des Bauchgebietes. Diarrhöe. Universale braunschwarze Pigmentation der Haut ($^9/_{10}$), Infiltrate, hiervon einige exulzerierte am Rumpfe und diffuse rotbraune aut den nnteren Extremitäten. Ichthyosis der Knie und Keratosis der inneren Handflächen und der Fusssohlen. Heftiges Jucken. Psychose. Blut: Hämoglohingehalt 78 %, rote Blutkörperchen 4480000, weisse Körperchen 8000. Im Harn sehr vermehrtes Indikan, Spuren von Albumen, wenig Nierenepithelien. Mikroskopisch: Rundzellige Infiltration mit pigmenthaltigen Zellen, hanptsächlich in den unteren Schichten. Anhäufung des Pigmentes neben den Gefässen nnd in den Wänden derselben. Eine äussere rationelle Kur hat die exnlzerierten Stellen geheilt; Bäder und Massage erweichten und verminderten die Infiltrate. Das Jucken ist fast ganz verschwunden. (S.)

Hoch (12) rühmt die Wirkung innerlich verabreichter Dosen von Kali bichromicum, eventuell Jod oder Nitr. argent. (M.)

Antonini (2) empfiehlt auf Grund seiner Versuche als vortreffliches Heilmittel die Hypodermolyse und snbkutane Injektionen von sterilisiertem Öl, 50—150 ccm 14 Tage hintereinander. (V.)

XXXI.

Zoonosen und Epizoonosen.

Von **Th. Mayer**-Berlin, mit Beiträgen von **J. Góngora**-Barcelona, **Kanitz**-Klausenburg (im Auftrage von **v. Marschalkó**-Klausenburg), **Ostwalt**-Paris, **Verrotti**-Neapel (im Auftrage von **De Amicis**-Neapel) und **Ch. J. White**-Boston.

Literatur:

1. Albrecht, Generalisierte Aktinomykose nach primärer Lungenaktinomykose. Ärztl. Verein in Frankfurt a. M. 21. VIII.
2. Bevan, A. D., Le sulfate de cuivre à l'intérieur contre l'actinomycose et la blastomycose. Sem. méd. S. 558.
3. Boidin, L., Recherches expérimentales sur les poisons de la bactéridie charbonneuse, nature de la réaction locale dans l'oedème malin. Thèse de Paris.
4. Bosellini, P. L, Ein Fall von Malleus acutus. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 74. S. 41.
5. Derselbe, Sopra scabies dell' uomo d' origine animale. Giorn. ital. delle malattie veneree e della pelle. Fasc. 1. S. 64.
6. Bruns, Hayo und Müller, Willy, Die Durchwanderung der Ankylostomalarven durch die menschliche Haut. Münch. med. Wochenschr. S 1484.
7. Burián, Andreas, Durch Wanzenbisse verursachte Urticaria bullosa. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 73. S. 373.
8. Derselbe, Poloskacsipés okezta urticaria bullosa. (Durch Wanzenbisse verursachte Urticaria bullosa.) Orvosi Hetilap. Nr. 9.
9. Detre, Resultate mit der Serumtherapie des Anthrax. Budapester königl. Ärzteverein. 7. I.
10. Derselbe, Über ein von ihm bereitetes Anthraxserum. 33. Wandervers. ungar. Ärzte u. Naturforscher. 29. VIII.
11. Castro, J. Gonzalez, Traitement de la pustule maligne par des applications locales d'une solution saturée de sublimé. Sem. méd. S. 294.
12. Cazal, Néphrite aiguë consécutive à l'impétigo pédiculaire. Arch. de méd. des enfants. Juli.
13. Cholodkovsky, N., Zur Kenntnis der Mundwerkzeuge und Systematik der Pedikuliden. Zoolog. Anzeiger, Bd. 28. S. 368.
14. Detre, Über ein von ihm bereitetes Milzbrandserum. 33. Wandervers. ungar. Ärzte u. Naturforscher.
15. Enderlein, G., Läusestudien. Zoolog. Anzeiger. Bd. 28. S. 121, 220, 626.
16. Glage, Über die Beziehungen zwischen den Krankheiten des Menschen und der Haustiere. Biol. Abt. des Ärztl. Vereins Hamburg. 10. X.
17. Goldman, Hugo, Die Infektion mit dem Ankylostoma hominis infolge Eindringens der Larven in die Haut. Wiener med. Wochenschr. S. 82.
18. Harnack, Erich, Über die örtliche Wirkung des Bengué-Balsams bei Mückenstichen. Deutsche med. Wochenschr. S. 1932.
19. Helferich, Aktinomykose des einen Oberschenkels. Med. Ges. in Kiel. 6. V.
24. Hyde, J. N., Scabies in the United States of America and Canada. Amer. Journ. of the med. Scienc. März.
21. Iruelos, Tratamiento de la pustula maligna. Revista de med. y cir. pract.
22. Kieseritzky, Gerh. und Bornhaupt, Leo, Über einige unter dem Bilde der Aktinomykose verlaufende Affektionen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 76. S. 835.
23. Knott, J., Phthiriasis. Amer. Medicine. 29. Juli.
24. Kuhorn, La pénétration des larves de l'ankylostome duodénal à travers la peau humaine. Acad. de méd. de Belgique. 25. März.
25. Lass, M., Beiträge zur Kenntnis des histologisch-anatomischen Baues des weiblichen Hundeflohes. Zeitschr. f. wissensch. Zoologie. Bd. 79. S. 73.
26. Legge, T. M., On industrial anthrax. Lancet. 18., 25. März und 1. April. Brit. med. journ. S. 529, 589 und 661.

27. Lindemenn, Emil, Über Milzbrand in Gewerbebetrieben nnd über prophylaktische Massnahmen gegen diese Infektionskrankheit. Vierteljahrsschr. f gerichtl. Med. Bd. 30. S. 356.
28. Loeffler, F., Die Schutzimpfung gegen die Maul- und Klauenseuche. Deutsche med. Wochenschr. S. 1913.
29. Looss, A., Einige Betrachtungen über die Infektion mit Ankylostomum duodenale von der Haut aus. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 58. S. 41.
30. Löwenhardt, Fall von zahlreichen kleinen Hauttumoren, aus denen sich auf Druck Coccidien entleeren. Med. Sektion der Schles. Ges. f. vaterländ. Kultur. Breslau. 10. XI.
30a. Moreau, Oedème malin sans pustule de la paupière inférieure: présence de la bactéridie charbonneuse: guérison. (Milzbrand des Unterlides ohne Pustel; Befund von Milzbrandbazillen: Heilung.) Revue générale d'ophtalmol. S. 193.
31. Poenaru-Caplecu, Contributiuni la studiul scabiei in Romania. Spitalul. 15. August.
32. Rospighi, E., Di un alone da studiarsi, che accompagna frequentemente le lesioni cutanee nell'uomo prodotto da dermatozoari. Clinica moderna 1. Febr.
33. Schüffner, Über die Infektionswege der Ankylostomiasis. 77. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Abt. f. innere Med. (Diskuss.: Goldmann.)
34. Shelmire, A case of creeping eruption and a novel method of cure. Journ. of cut. dis. Juni.
35. Siegel, J., Bericht über gelungene Übertragung der Maul- und Klauenseuche auf Kaninchen. Münch. med. Wochenschr. S. 1574.
36. Derselbe, Untersuchungen über die Ätiologie der Pocken und der Maul- und Klauenseuche. Anhang zu den Abhandl. der Kgl. preuss. Akad. der Wissenschaften.
37. Torresi, V., Contributo clinico alla diagnose e cura delle edema maligno e della pustola maligna. Gazz. degli osped. 24 Septembre.
38. Weill-Hallé, Extirpation de pustules malignes. Soc. méd. des hôp. 13. Jan.
39. Wilme, Serumbehandlung des Milzbrands. Münch. med. Wochenschr. Nr. 23. S. 1100.
40. Wright, Über die Aktinomykose. (Amerikanischer Aufsatz.)

Glage (16) bespricht die Beziehungen einer Anzahl tierischer Parasiten- und Infektionskrankheiten (Anthrax, Lyssa, Echinococcuserkrankung, Sarcoptesräude, Malleus, Maul- nnd Klauenseuche etc.) zu entsprechenden Erkrankungen des Menschen. (M.)

In drei Vorträgen über „Berufsmilzbrand" teilt Legge (26) die Beobachtungen mit, die er als Sanitätsinspektor der Fabriken von 1899 bis 1904 in England zu sammeln Gelegenheit fand. In diesen sechs Jahren erkrankten 261 Personen an Anthrax, von denen 15,6 % starben. Von den Erkrankten betrafen 88 Fälle Arbeiter der Woll- und Garnindustrie, 70 solche der Borsten- und Rosshaarindustrie, 86 solche der Fell- nnd Häuteindustrie, 17 solche anderer Beschäftigungen. Meist (in ca. 80 %) fand sich der primäre Karbunkel an Kopf nnd Hals.

Wolle aus Persien, Angorahaar aus der Türkei, chinesisches Rosshaar, Häute aus Ostindien und China zeigten sich am gefährlichsten; letztere blieben selbst noch nach dem Gerben und nach Behandlung mit Kalk, Arsenik etc. infektiös.

Unter den Behandlungsmethoden des Anthrax würdigt Antor insbesondere das Sclavosche Serum. (M.)

In dem von Moreau (30a) beschriebenen Falle enthält der Titel das wesentlichste. Die Allgemeinerscheinungen waren schwerer Art. Ausgiebige Spaltung mittelst des Thermokauters und Einspritzung von künstlichem Serum führten zur Heilung. (O.)

Detre (10) vermochte Esel und Pferde so zu immunisieren, dass ihr Serum präventiv und kurativ verwendbar war; das betreffende Serum ermangelte jedoch der antitoxischen Eigenschaften, sondern wirkte lediglich bakterizid. Erst als Detre das Anthraxtoxin in autolytisch

gelösten Bakterienteilen nachwies — es handelt sich um ein hämolytisch wirkendes Endotoxin —, gelang es mit dessen Hilfe die Herstellung eines auch hinreichend antitoxisch wirksamen Heilserums, mit dem 65% der erkrankten Rinder hergestellt werden konnten. Das Serum soll auch am Menschen versncht werden. (M.)

Mit dem Detreschen (9) Serum wurden 443 Rinder und 21 Pferde der Schutzimpfung unterzogen, während hei 88 Rindern, 7 Pferden, 93 Schafen eine kurative Behandlung eingeleitet wurde.

Das Heilnngsresultat schwankte in letzterem Falle zwischen 71 und 64%; die Erfolge schienen hesonders dann günstig zu sein, wenn die Seruminjektion innerhalb der ersten 12 Stunden der Erkrankung vorgenommen wurde, während hei Ahlauf von 24 Stunden die Erkrankung unbeeinflusst blieb. (M.)

In einem Aufsatz herichtet Wilms (39) üher zwei mit dem Sobernheimschen Milzhrandserum behandelte Fälle von Anthrax heim Menschen.

Der erste Fall hetraf einen 50jährigen Arheiter, hei welchem am 5. Tage post infectionem Schwellung der Schläfe (wo die Übertragung stattgefunden hatte), der linken Gesichtshälfte nnd des Halses mit Schluckheschwerden und Brechneigung hei 38,3 Temperatur und grosser Schwäche verzeichnet waren. An diesem Tage Injektion von 20 ccm in die V. mediana, in den folgenden 5 Tagen fernere 5 Injektionen. Am Tage der 2. Injektion Ahfall des Fiehers auf 35,9. Heilnng.

Ein zweiter Fall (40jähriger Schlächter) war 6 Tage vor seiner Krankenhausaufnahme durch Hornstoss eines Rindes am unteren Augenlid infiziert worden. Ödem des Gesichtes und Halses, 39,3, Allgemeinbefinden wenig gestört. Nach Injektion von 20 ccm Serum Temperatur 38,7. Nach 3 weiteren Einspritzungen hei noch erhöhter Temperatur Rückgang der Erscheinnngen und Heilung. (M.)

Irnelos (21) wandte in einem Falle von Pustula maligna eine Paste an, die er mit Eigelb und Kochsalz hereitet hatte. Zuvor hatte er eine Inzision gemacht, um sich von dem Inhalte der Pustel zu überzeugen, der tatsächlich alle Merkmale eines Milzhrandkarhnnkels aufwies. Der Arm, welcher sehr ödematös war, nahm schnell wieder sein normales Aussehen an. (G.)

Besprechung der im Auslande und in Deutschland üblichen Desinfektions- und Prophylaxe-Massregeln durch Lindemann (27). Tahellarische Zusammenstellung der in Deutschland in einer Reihe von Jahren beobachteten gewerhlichen Milzhrandinfektionen.

Als wirksame Bekämpfungsmassnahmen werden empfohlen: Verbrennnng der Milzhrandkadaver in eigenen Verhrennnngsöfen; sonst wenigstens sofortige Bedeckung derselhen mit Petroleum, Teer, Karbol (um Insekten fernzuhalten); Trennnng der „Schlacht"- und „Sterblings"-Fälle und hesondere Verarbeitung der letzteren; Heissdampf-Desinfektion des Rosshaar- bezw. Wolle-Rohmateriales; Einführung der Sobernheimschen Schutzimpfnng. (M.)

Die 59jährige Patientin Bosellinis (4), die sich mit Sammeln von tierischen Ahfällen heschäftigte, erkrankte unter Auftreten eines schnell anwachsenden derhen Ödems des rechten Handrückens, dem hald die Bildung eines zentralliegenden gangränösen Geschwüres folgte, im Laufe der nächsten drei Wochen kam es im Gesichte, den Lenden, den Glutäen zum Auftreten isolierter linsengrosser blutunterlaufener und ödematöser Partien mit zentraler Blasen- und Pustelhildung, während

gleichzeitig heftige Corpora, hlntiger Harn nnd profuse Diarrböen das Befallenseins der Schleimhäute, sowie insbesondere das Einsetzen einer hämorrhagischen Nephritis ankündigten. Sechs Wochen nach der Infektion erfolgte nnter Zunahme der Hanteruptionen Bildung ekthymaähnlicher Effloreszenzen, nnter Anurie und Coma der Exitus. Die histologische Untersuchung exzidierter Hautstücke zeigte bei den verschiedensten Radien der Effloreszenzen stets das Auftreten eines in der mittleren Cutis liegenden aus nekrotischen fixen Bindegewebszellen sich aufbauenden Mallensgranuloms. (M.)

Siegel (35), der bereits früher mit Blaseninhalt des Rindes 16 Kaninchen infiziert hatte, spritzte eine mit Glyzerin gemischte Emulsion von abgeschabtem Epithel und Papillarkörper aus Blasen 6 Kaninchen subkutan ein. Nach 24 Stunden starb ein Tier, ein zweites wurde nach 48 Stunden getötet. Bei den 4 überlebenden Tieren wurde 4 Tage nach der ersten Impfung eine zweite vorgenommen. Von diesen starb wieder ein Tier und die restierenden 3 Tiere erhielten 6 Tage nach der zweiten eine dritte Impfnng; sie blieben gesund und boten kein äusserlich sichtbares Zeichen der Maul- und Klauenseuche.

Von dem nach der zweiten Impfnng eingegangenen Kaninchen wurden 20 ccm einer aus Blut und Nieren hergestellten Emnlsion einem Ferkel intraperitoneal einverleibt und gleichzeitig die Leber des Kaninchens an das Schwein verfüttert. 5 Tage später erschienen unter Fieber an Bauch nnd Füssen Blasen, mit deren Inhalt unter ähnlichen Erscheinungen ein zweites Ferkel infiziert werden konnte. Von diesem aus liess sich noch die Infektion eines dritten Schweines in gleicher Weise ermöglichen.

Regelmässig liess sich, namentlich deutlich vor und während des Exanthems, im Blute der Schweine der Cytorrhictes-Flagellat nachweisen, der sich von Blutplättchen nnd den Müllerschen Hämokonien wesentlich unterscheidet. Als beste Färbungsmethode erwies sich Grenachers Karmin und Nachfärbung mit Azur II, 1:1000. Nur für Geisseldarstellung liess sich die Giemsafärbung nicht entbehren. (M.)

Siegel (36) schlägt als Weg, über die ätiologische Verwertbarkeit der Guarnierischen Körperchen bei Pocken ins Klare zu kommen, eine Vervollkommnung der Technik vor, welche deutliches Erkennen von Kern und Karyokinese bei den — vielfach für Kernzerfallsprodukte gehaltenen — Parasiten ermöglichen würde. Als Impftiere wurden — der grossen Cornea wegen — Kaninchen benutzt. Mit den Organstücken der geimpften Tiere beschickte Kultnrröhrchen blieben steril: es konnte sich demnach nicht um Bakterien handeln. Zur Fixierung der Stücke wurde am besten Alkohol, zur Tinktion Eisenhämatoxylin oder Giemsa (launische Färbung) verwandt. Die, bei wenigstens 1500facher Vergrösserung erkennbaren Parasiten sind ovale Gebilde von $^1/_2$—1 μ Länge, mit mehreren, ihrer tinktoriellen Eigenschaften halber als Kerne anzusprechenden Innenkörpern. Sie besitzen einen oft lebhaften, kreisförmigen Bewegungsmodus und passieren bei besonders hohem Druck (10—15 Atm.) das Chamberlandfilter. Mit der Filtratflüssigkeit vorgenommene Impfversuche (Kaninchen) waren positiv. Den Parasiten ist mit Wahrscheinlichkeit eine Stellung zwischen Flagellaten nnd Protozoen einzuräumen; sie ähneln wesentlich einem vom Autor bei Maul- und Klauenseuche gefundenen, von ihm Cytorrhictes aphtharum genannten Mikroorganismus. Bei letzterem findet die Sporulation im Zellkern der Epithelien, bei den Pockenerregern dagegen im Kernprotoplasma statt. (M.)

Löffler (28) war es schon früher gelungen, durch Filtration des Blaseninhaltes erkrankter Tiere und allmählich steigende Injektion der so gewonnenen Lymphe bei Pferden ein hochwertiges Serum zu gewinnen, dessen Einverleibung bei Schweinen und Schafen zur Erzielung mehrwöchentlicher Immunität völlig ausreicht.

Eine auch beim Rinde genügende Wirkung wurde erzielt, als ein von erkrankt gewesenen Rindern stammendes mit Lymphe in einem bestimmten Verhältnisse gemischtes Serum zur Verwendung — in Form subkutaner Einspritzungen — gelangt.

Und zwar wurde den zu immunisierenden Rindern 0,5 ccm hochwertigen Rinderserums gemischt mit $^3/_{100}$—0,03 ccm frischer virulenter Lymphe injiziert und diese Injektion nach 24—26 Tagen ($^1/_{300}$—0,0033 ccm Lymphe), nach ferneren 12—14 Tagen ($^1/_{100}$—0,01 ccm Lymphe), endlich nochmals nach 12—14 Tagen ($^1/_{25}$—0,04 ccm Lymphe) wiederholt. Nach der zweiten Lymphinjektion (von $^1/_{100}$ ccm) ist die Immunität bereits eine für die praktischen Verhältnisse ausreichende. (M.)

Der vorzüglichen Arbeit von Wright (40) wurde von der Akademie der Wissenschaften in Philadelphia ein Preis zuerkannt.

Autor fasst die Aktinomykose als suppurative und granulare Gewebsbildung auf, deren Eiter die charakteristischen Granula enthält, die sich aus dichten Aggregaten von verzweigten, fadenförmigen Mikroorganismen und deren Umbildungs- oder Degenerationsprodukten zusammensetzen. Bei der Untersuchung von 13 Fällen gelang es durch sorgfältige Methoden den wesentlichen Organismus zu isolieren. Es ist dies ein Anaërobe, der nur auf Agar und Bouillon in Kulturen wächst, keine sporenähnlichen Reproduktionselemente entwickelt, wie der Organismus von Bostroem, und als normaler Bewohner in den Sekretionen der Mundöffnung und des Gastrointestinaltractus bei Menschen und Tieren vorkommt. (Ch. J. W.)

Zehn im Rigaer Stadtkrankenhaus von Kieseritzky und Bornhaupt (22) beobachtete Fälle zeigen, dass unter dem klinischen Bilde der Aktinomykose auch Erkrankungen verlaufen, die nicht durch den Strahlenpilz hervorgerufen sind. Klinisch unterschieden sich diejenigen Fälle, bei welchen ein der Cladothrix liquefaciens (Hesse) ähnlicher Pilz gefunden wurde, am wenigsten von der echten Aktinomykose; andere, bei welchen sich ein den Sawtschenkoschen Stäbchen ähnlicher Mikroorganismus vorfand, unterschieden sich durch ihren gutartigen Verlauf und den stinkenden Eiter, sowie durch die primäre zentrale Knochenerkrankung; eine dritte Gruppe von Fällen (2) endlich hatten als Besonderheit einen äusserst profusen und fötiden Eiter und einen bei rapider Kräfteabnahme und hoher Temperatur rasch ad exitum führenden Krankheitsverlauf.

Als Therapie schlugen die Autoren sowohl bei echter wie bei Pseudoaktinomykose stets die ausgiebige und radikale Beseitigung des Infektionsherdes vor. (M.)

Die Untersuchungen von Looss (29) zeigen, dass die lebhaft bewegliche Ankylostomalarven hauptsächlich durch die Haarfollikel ins Subkutangewebe eindringen und von da im Verlaufe von 64—71 Tagen in den Darmkanal gelangen. Die Infektion vom Munde aus spielt eine mehr untergeordnete Rolle. Die Agilität der Larven und damit ihre Fähigkeit, die Haut zu durchdringen, nehmen mit höheren Temperaturen zu, sie erreichen ihr Optimum bei 28—30° C.

Als wichtigstes prophylaktisches Mittel hetrachtet Antor das Verhot, in den Bergwerksgrnhen Fäkalien frei abzusetzen.

Von den Desinfektionsmitteln erwartet Autor wenig; eine strikte Überwachnng aller Bergleute auf Ankylostoma hefürwortet er dringend. (M.)

In einem Aufsatze gehen Hayo Bruns und Willy Müller (6) die Möglichkeit der Loossschen Hypothese — Infektion infolge Durchwanderung der Larven durch die Haut — zu, ohwohl ihnen selbst entsprechende Experimente nur in einem einzigen Falle gelungen sind.

Doch halten sie daran fest, dass die hisher üblichen (auf der ältcren Leichtensternschen Verfütterungstheorie aufgebauten) Bekämpfungsmassnahmen: Fernhaltung der Ankylostomafäces, Reinhaltung der Gruhen und Berglcute, noch heute das wirksamste prophylaktische Mittel zur Einschränkung der Wurmkrankheit darstellen. (M.)

Gleich Looss konnte Goldmann (17) hei seinen Untersuchungen in Braunherg h. Oedenhurg die Durchwanderung von Ankylostomalarven durch die Haut von Hunden hestätigen.

Die Annahme, dass auch hei den in infizierten Gruhen arbeitenden Bergleuten eine Einwanderung der Larven durch die Epidermis stattfindet, macht das zngleich in solchen Bergwerken zu konstatierende Auftreten von Ekzemen und Follikulitiden an hlossliegenden nnd dem Kontakte mit dem Grubenschlamm ausgesetzten Körperpartien erklärlich. (M.)

Auch Schüffner (33) heobachtete das Durchdringen der Larve durch gesunde Haut. Dieselhe wandert jedoch nicht durch präformierte Kanäle (Haarfollikel), sondern bohrt sich durch die Cutis.

Goldmann (17) widerspricht dieser Annahme, indem er das Durchhohren der hierzu mit keinen Organen ausgerüstcten Larve für schwer verständlich erklärt. (M.)

Bosellini (5) konnte drei Fälle von Krätzeühertragung vom Pferd und zwei vom Schwein anf den Menschen beohachten.

Krätze tierischen Ursprunges pflegt sich schon wenige Stunden nach der Übertragung hemerkhar zn machen nnd sich dnrch den Mangel jeder systematischen Aushreitung auf der Hautoherfläche von der Einimpfungsstelle aus auszuzeichnen. Als erstes Symptom stellen sich Urticariaquaddeln, papulöse und papulo-vesikulöse Exantheme ein. Der Verlauf ist günstig; es besteht Neigung zur Spontanheilung. Zwei Typen lassen sich unterscheiden, ein gutartiger, der in 2—3 Wochen verschwindet, und ein schwererer mit vasomotorischen Störungen und vesikulären, exsudativen Erscheinungen, die 6—10 Wochen anhalten.

Eine Übertragung von Mensch auf Mensch findet hei diesen Krätzefällen nicht statt. (V.)

Unmittelhar nach dem Stiche erfolgende Anwendung heseitigt nach Harnack (18) in kürzester Zeit das Jucken und coupiert die Weiterentwickelung der Quaddel. Ob die Vorschrift Menthol 5,0, Äthylsalizyl 25,0, Lanolin 90,0 die gleichen Dienste leistet, ist Autor nicht hekannt. (M.)

Typischer Schulfall Shelmires (34) von Creeping eruption (Lee). Verf. wandte die russische Methode der Diaskopie an, um den genauen Sitz des Parasiten festzustellen. Nachdem er dies erreicht hatte, wurde eine elektrolytische Behandlung eingeleitet. Nach drei Wochen stiess sich der Schorf ab. Pat. blieb acht Monate lang frei von dem Leiden. (Ch. J. W.)

Burián (7) beschreibt fünf Fälle einer Urticaria bullosa durch Wanzenbisse. Er nimmt an, dass die ungewöhnlich heftige Hautreaktion der befallenen Personen, die alle erst kurze Zeit in Budapest sich aufhielten, mit einer mangelnden — id est noch nicht durch Gewohnheit akquirierten — Immunität gegenüber den Enzymen des Wanzengiftes zu erklären sei. (M.)

Burián (8) behandelt nochmals die fünf Fälle von Urticaria bullosa durch Wanzenbisse, von denen ein Fall mit der Diagnose Variola in das Infektions-Spital geschickt worden war. Eine so hochgradige Reaktion auf Wanzenbisse beobachtet man gewöhnlich nur bei Landleuten, die gegenüber dem Wanzengift nicht immun sind. Erklärt kann das Zustandekommen der Blasen in diesen Fällen auf die Weise werden, dass die Gefässe der Haut so stark gereizt werden, dass das austretende Serum in den Intercellular-Räumen der Cutis keinen Platz mehr hat, sondern die Epidermis in Form von Blasen abhebt. Es wird Gegenstand weiterer Untersuchungen sein, ob die Alkalizität des Wanzenbisses oder ob ein Enzym diese Veränderungen erzeugt. (K.)

XXXII.

Haar-Krankheiten.

Von **Edmund Saalfeld**-Berlin, mit Beiträgen von **Kanitz**-Klausenburg (im Auftrage von **v. Marschalkó**-Klausenburg), **Rusch**-Innsbruck, **Verrotti**-Neapel (im Auftrage von **De Amicis**-Neapel), **De Vries**-Amsterdam und **Ch. J. White**-Boston.

Literatur:

1. Adamson, H. G., On the treatment of ringworm of the scalp by means of the X rays. Lancet. 24. Juny.
2. Asahi, K., Über den anatomischen Befund einer durch 30 Jahre getragenen Alopecia totalis. Prag. med. Wochenschr. Nr. 24 u. 25, 15. u. 22. Juni.
3. Bering, Fr., Pili moniliformes. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 75. S. 11.
4. Bodin, E. et Castex, E., Traitement radiothérapique des teignes. Arch. d'électricité méd., 25 Mai.
5. Brocq, L., Longlot et Ayrignac, Recherches sur l'alopécie atrophiante, variété pseudopelade. Ann. de dermatol. et de syph. Jan., Févr. et Mars. S. 1, 97, 209.
6. Bulkley, L. Duncan, Dermatitis seborrhoica and its relations to alopecia and other conditions. Med. Record. Vol. 67. S. 726 und Med. soc. of the State of New York. 31. I. (Diskuss.: Mc Donnell.)
7. Bunch, J. L., Sabouraud's method of ringworm treatment. Lancet. 18. Febr.
8. Castex, E., Technique du traitement radiothérapique des teignes à l'Hôtel-Dieu de Rennes. Arch. d'électricité méd., 10 Juillet.
9. Cheatle, G. L., The incidence of the hair's greyness. Brit. med. Journ. 22 July.
10. Dupeyrac, La radiothérapie dans le traitement des teignes. Marseille méd. 15 Mars.
11. Eshner, A case of universal congenital atrichia. Amer. Journ. of the med. Science., April und College of physic. of Philadelphia. 13. II.

12. Fox, T. Colcott, The treatment of scalp ringworm. Practitioner. Vol. 74. S. 468.
13. Gussmann, J., A monilethrix (aplasia pilorum intermittens) anatomiája és klinikája [Anatomie und Klinik der Monilethrix (Aplasia pilorum intermittens)]. Orvosi Hetilap. Nr. 37. 38, 39.
14. Heidingsfield, Trichorrhexis nodosa. Journ. of cutan. dis. Juny.
15. Kromayer. Eine neue sichere Epilationsmethode, das Stanzen. Deutsche med Wochenschr. S. 179.
16. Derselbe, Eine neue sichere Epilationsmethode. Berl. med. Ges, 1. II.
17. Mac Leod, T. M. H., The treatment of ringworm of the scalp by the X rays. Brit med. Journ. 1. July.
18. Majocchi, Radioterapia nella cura degli epiteliomi cutanei e nella trichiasi. Soc. ital. di dermat. e sifil. Dic., vedi Giorn. ital. di mal. ven. e della pelle 06. I. (siehe auch Bösart. Neubildungen.)
19. Marcuse, Max, Ein Fall von Hypertrichosis sacralis. Münch. med. Wochenschrift. S. 261.
20. Miceli-Capurbano, Due casi di alopecia traumatica. Gazz. degli osped. 25 Avrile.
21. Nobl, Durch perkutane Applikation von Thallium provozierte toxische Alopecie. Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 7. VI. (Diskuss.: Freund, Spiegler, Ehrmann.) Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 78. S. 113.
22. Noiré, H., Règles générales de radiothérapie déduites du traitement des teignes et des cancers. Thèse de Paris
23. Respighi, Nella tricoficia e nella ipertricosi. Soc. ital. di dermat. e sifilografia, Dicembre, vedi Giorn. ital. delle malattie ven. e della pelle 1906. Heft 1 (s. auch Dermatomykosen).
24. Rille, Fall von Alopecia areata. Med. Ges. zu Leipzig. 27. VI.
25. Roth, E., Über behaarte Menschen. Dermatol. Zentralbl. S. 34.
26. Saalfeld, Edmund, Zur Behandlung des vorzeitigen Haarausfalls. Therap. Monatsh. S. 192.
27. Schreiber, E., Behandlung von Alopecia areata mit ultravioletten Strahlen 34. Kongr. der Deutsch. Ges. f. Chir. III. Sitzg.
28. Sorrentino, G., Pseudoarea di Brocq. Società italiana di dermatologia e sifilografia. Dicembre, vedi Giorn. italiano delle m. veneree e della pelle. 1906. Nr. 1 e 5.
29. Vignolo-Lutati, Alopecie sperimentali da acetato di tallio. Giorn. ital. delle malattie veneree e della pelle Fasc. 1. S. 33.
30. Vörner, Hans, Ein Fall von herdförmiger Pigmentanomalie der Kopfhaare. Dermatol. Zeitschr. S. 501 (siehe auch Abschnitt Pigmentanomalien).
31. Wachholz, L., Über Veränderung der Haarfarbe. Arch. f. Krimin.-Anthropol. n. Kriminalist. Bd. 19. S. 257.
32. Wechselmann, Wilh., Über Pseudoalopecia atrophicans crustosa. Dermat. Zeitschr. S. 112.
33. Wende, Alopecia areata as associated with nail changes. Journ. of cut. dis. Dec.
34. Wenniger, L. M. de Buy, Alopecia areata totalis. Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde. II. S. 1078.
35. Zellweger, L'eau oxygénée contre la trichorrhexie noueuse. Sem. méd. S. 583.
36. Haar-Petrol, Pharmazeut. Zeitung. S. 880.
37. Sapal gegen Haarkrankheiten. Pharmazeut. Zeitung. S. 887.

Roth (25) reproduziert einen bisher in der dermatologischen Literatur noch nicht bekannten Fall von stark ausgebreiteter Hypertrichosis und gleichzeitig an verschiedenen Körperstellen vorhandenen Pigmenthypertrophien bei einem 7jährigen Knaben; der Fall wurde 1801 von Rosenmöller mitgeteilt. Roths Arbeit verdient wegen des ausführlichen Literaturverzeichnisses besondere Beachtung. (S.)

Der sonst gesunde Patient Marcuses (19) zeigte in der Sakralgegend eine auffallende Behaarung, die unscharf in die Regio coccygea überging. Abnormitäten an der Haut, der Knochenunterlage oder des Rückenmarks (Spina bifida) waren nicht vorhanden, ebensowenig hereditär ein Anlass für die Hypertrichosis zu eruieren. (S.)

Die hisherigen hekannten Enthaarungsmittel, seien sie chemischer, mechanischer oder physikalischer Natur, führen nnr zu mangelhaften Resultaten; daher hat Kromayer (15) eine neue Methode erdacht. Das Prinzip hesteht darin, mittelst feiner, rotierender Zylindermesser den Haarschaft nebst Wurzelscheide und Papille ans der Hant herauszuschneiden. Der Durchmesser der Zylindermesser ist so gering, dass Narhen nicht erzeugt werden. Der hindegewehige Balg der Haare, der die ganze Cutis durchsetzt nnd in der Haarpapille endigt, ist mit dem Bindegewehe der Cntis fest verhunden, während das Ende der Haarwurzel mit der Papille beweglich im snhkutanen Fettgewehe steckt. Ausserdem verläuft die Haarwurzel hei den Gesichtshaaren häufig in mehr oder weniger gehogener Linie. Dadurch wird die Haarpapille, der Sitz der Haarregeneration, hei der Elektrolyse nicht erreicht. Diese Fehlerqnelle schliesst das Stanzen aus. Erleichtert wird dasselbe durch Färhen mittelst Methylviolett- oder Methylenhlaulösung (entfärht durch salzsauren Alkohol) oder durch Henna und Reng, das die Haare allein färht, nicht die Hant. — Bei empfindlichen Personen empfiehlt sich die Anwendung von Äthylchlorid. — In der Praxis ist zu berücksichtigen, dass durch das Stanzen zuweilen ein Reiz ausgeüht wird, der sich gelegentlich in einem stärkeren Wachstum von hisher recht störenden Lanngohaaren hemerkhar macht und ferner, dass zuweilen Rezidive eintreten. Die Höhe der letzteren hängt jedoch von der Geschicklichkeit des Operateurs ah. — Mitteilnngen üher erfolgreiche Nachprüfnng dieser Methode liegen von antoritativer Seite hisher nicht vor (Ref.). (S.)

Haarpetrol (36): 5 kg hestes Petroleum (amerikanisches Kaiseröl), 10 kg Brennesseltinktur (erhalten aus 2 kg Brennesselwurzel, 7 kg Weingeist nnd 3 kg destill. Wasser), 5 kg Glyzerin, 38 kg Weingeist, 40 kg destill. Wasser, 2 kg ätherische Öle zur Parfümierung. Das vorher parfümierte Petroleum wird mit 96% Weingeist gemischt und heides fast zur Siedetemperatnr erhitzt, nm eine innige Mischnng und Lösnng herbeizuführen. Nachdem das geschehen, setzt man der Lösnng das destillierte Wasser und die ührigen Bestandteile in einer zweckentsprechenden Aufeinanderfolge zu. Haarpetrol hewirkt ein Anflösen der Fettstoffe des Haares und führt ein Ablösen der in Form von Schuppen abgestossenen Epidermis herhei, verleiht dem Haare Glanz nnd Geschmeidigkeit. (S.)

Sapal (37) wird eine Spiritusseife genannt, welche in Form harter Stücke sowie salhenförmig in den Handel gehracht wird. Das Präparat soll als Heilmittel (gegen Haarkrankheiten), als Hautdesinficiens und als Waschmittel gute Dienste leisten. Fahrikant Arthnr Wolff jr. in Breslau X. (S.)

Nachdem Saalfeld (26) die Merkmale angegeben hat, die den vorzeitigen Haarausfall charakterisieren, unterzieht er die ursächlichen Momente desselhen einer Besprechung. Heredität — hier ist es die straffe Anspannung der Kopfhant üher der Galea, die schliesslich zur Unterernährung führt — und die Sehorrhoe stehen ätiologisch im Vordergrunde. Der anatomische Antagonismus zwischen Haar und Talgdrüse, der sich in einer Vordrängung des einen Teiles ausspricht, sobald sich der andere entwickelt, lässt auch die Grenzen des therapeutischen Erfolges setzen. Der Verf. hat umfangreiche Bestimmungen des Fettgehaltes der Haare vorgenommen nnd konstatiert, dass auch hier ein Minus oder Plus den Ausfall bestimmt. — Ein vom Verf. erprohtes Mittel, das Tannohromin, hat die Eigenschaft, in schwacher Konzen-

tration die Hyperkeratose, in stärkerer die Seborrhoe zu heben und schliesslich auch juckstillend zu wirken. Es ist die Formaldehydverbindung des Dibromtannins; es ist in Alkohol löslich, stellt ein bräunliches Pulver dar und enthält ca. 30 % Brom. Das Mittel lässt sich auch mit Salizylsäure, Schwefel, Cantharidentinktur und ähnlichem kombinieren. Mit der Einreibung der Salbe ist zweckmässig eine Massage zu verbinden. Zu beachten ist, dass helle Haare durch das Mittel verfärbt werden. Je nach dem Fettgehalte sind nun Salben oder spirituöse Lösungen anzuwenden, für die sich als schwefelhaltiges Präparat auch das Thigenol eignet. — Als innerliche Mittel, die zuweilen in Betracht kommen, sind Eisen, Arsen und Oophorin zu erwähnen. Zum Schlusse warnt der Verf. noch einmal vor jeder Schematisierung und weist auf die Ausdauer, Konsequenz und Energie hin, die jede Behandlung des Haarausfalles erfordert. (S.)

Bei der 51 jährigen Frau aus Asahis (2) Beobachtung hatte sich im Anschluss an eine Entbindung gleichzeitig mit einer Struma eine Alopecia totalis entwickelt. Die Patientin starb an den Folgen der Strumaexstirpation. Hierdurch wurde es möglich, die seit 30 Jahren bestehende Alopecie anatomisch zu untersuchen; dieselbe betraf die Kopfhaut, an der nur ganz vereinzelte graue Haare sichtbar waren, die Achselhöhlen, die Pubes mit ganz spärlichen blassen Haaren und die Supercilien. Die Haarbälge, welche mit geringen Ausnahmen den Charakter von Lanugohaarbälgen trugen, standen im Zusammenhang mit dem Oberflächenepithel. Teils ging von diesem der Haarersatz durch Neubildung von Haarbälgen aus, teils durch unvollkommene Haarwechselvorgänge an den bestehenden Haarbälgen. Auffallend war an letzteren die abnorm starke Verhornung in der Gegend der Follikelmündung, ferner cystische Erweiterung der Bälge selbst und Rückbildung der Papillen. Oft fand sich starke Wucherung der Talgdrüsen. Der Fall unterschied sich nicht nur klinisch, sondern auch mikroskopisch von der Alopecia congenitalis und der Alopecia pityrodes. Als wahrscheinliche Ursache nimmt Verf. in diesem Falle eine trophoneurotische Störung an. (S.)

An zwei aufeinander folgenden Tagen wurde der Nacken eines Kaninchen an einer talergrossen Stelle mit einer Traumaticinlösung von Thallium acetic. von Nobl (21) eingepinselt. 8 Tage später machte sich spontan im bepinselten Areale ohne entzündliche Begleitphänomene ein Ausfallen der Haare geltend. In den nächsten Tagen steigerte sich das Defluvium bis zur völligen Kahlheit. Die ausgefallenen Haare zeigen keinerlei Alteration im Schaft oder Bulbus. Die toxische Einwirkung kommt wahrscheinlich durch direkte Einwirkung des Giftes auf die Haut zustande. Die Alopecia ist nur temporär. — Freund, Spiegler, Ehrmann weisen in der Diskussion darauf hin, dass Alopecien auch durch andere, besonders reduzierende Substanzen und sonstige Schädigungen hervorgerufen werden können, so dass die Beurteilung dieser Zustände zur Vorsicht mahnt. (S.)

Bei Katzen und Kaninchen experimentell mittelst essigsauren Thallium hervorgerufene Alopecie ist nach Vignolo-Lutati (29) universell und tödlich bei grossen Dosen, universell und nicht tödlich bei schwachen Dosen; auch bei toxischen Dosen tritt eine universelle Alopecie auf, an der Applikationsstelle ist sie aber am ausgesprochensten. (V.)

Wenniger (34) demonstrierte in der 18. Sitzung des Dermatologenvereins ein zehnjähriges Mädchen mit totaler Alopecia areata, welche schon zwei Jahre bestanden hat. Auch die Brauen und Cilien waren ausgefallen. (de V.)

Nach heftigem Kopfschmerz ging einer jugendlichen Patientin Wendes (33) das Kopfhaar aus. Etwas später begann eine Dystrophie der Nägel. Ähnliche Fälle waren in der Familie des Kindes nicht beobachtet. (Ch. J. W.)

Im Jahre 1885 veröffentlichte Brocq eine genane klinische Beschreibung der Psendoarea, die nnabhängig von ihm schon früher von Neumann beobachtet und als Alopecia circumscripta oder orbicularis bezeichnet worden war. Später wurde die Erkrankung irrtümlicherweise mit anderen verwandten oder ähnlichen Affektionen zusammengeworfen, beispielsweise von Qninquand der Gruppe seiner Follicnlites épilantes et destructives zugezählt, von Lailler der Acné décalvante zugerechnet, und auf diese Weise ibre selbstständige Stellung nntergraben. Ans diesem Grunde nnternimmt Brocq (5) mit seinen beiden Mitarbeitern ein genaues Studium jenes Krankheitsbildes.

Im ersten Teil wird die historische Entwickelung der Frage wiedergegeben und eine genane kritische Sichtung der gesamten Kasuistik durchgeführt. Von 29 bekannt gewordenen Fällen, die 20 Männer und 9 Frauen betrafen, entfallen 11 Beispiele anf französische Autoren, die übrigen wurden im Ausland beobachtet.

Im zweiten Teile folgen die Krankengescbichten von 22 neuen eigenen, bisher noch nicbt publizierten Fällen. Von diesen sind 17 Beispiele ihrem Ausseben und ihrer Entwickelung nach als typisch zu bezeichnen.

Je nach Umfang nnd Verteilung der Krankbeitsherde unterscbeiden die Verff. drei Gruppen:

a) Fälle mit zahlreicben kleinen Herden,
b) solche, mit Neigung zur Bildung grosser Herde, denen gewöbnlich einige kleine Plaques vorgelagert sind,
c) Beobachtungen, die neben einigen grossen Herden viele kleine, disseminierte Plaques aufweisen.

Fünf Beobachtungen werden als Übergangsfälle bezeichnet, da sie sich anderen Krankheitstypen näbern; nnter ihnen findet sich ein Fall, der mit echter Alopecie kombiniert ist, ein weiterer, der mit einer Folliculite décalvante snppurée vergesellschaftet war; eine Beobachtung zeigte verwandtschaftliche Beziehnngen znr Sclerodermia circumscripta, und zwei andere kamen dem Bilde des echten Lnpus erythematosus sehr nahe.

Der dritte Teil nmfasst zunächst eine eingehende klinische Symptomatologie der Erkrankung.

Sie sitzt in der Mehrzahl der Fälle am behaarten Kopfe, vorzüglich am Vertex nnd an den obersten Partien des Hinterhauptes, in zwei Fällen wnrde sie im Barte gefunden.

Die Erkrankungsherde sind anfänglich klein, stecknadelkopf- bis linsengross, rundlich oder ovalär und erreichen durch peripberes Wachstum und Konfluenz den Umfang münzengrosser, meist unregelmässig konfigurierter Plaqnes. Ihre Haut ist vollständig kahl, gewöhnlich matt-

weiss, rosarot oder blassrot, eingesunken, verdünnt, weich, wie atrophisch, manchmal wie durchscheinend, oberflächlich glatt.

Gelegentlich sieht man an Stelle der Haarfollikel kleine Hornkegel stöpselartig in der Cutis stecken, die sich nach Art der Komedonen ausquetschen lassen.

Im allgemeinen sind diese Veränderungen gegen die gesunde Umgebung scharf begrenzt; doch findet man Erkrankungsherde, die in ihren angrenzenden peripheren Anteilen zarte, streifenartige Rötungen, mitunter auch feine, kleiige Schilferung der Oberfläche oder Auflagerung von Krüstchen aufweisen. Die Rötung ist namentlich um gewisse Haare herum stärker akzentuiert, ringförmig; letztere folgen dem geringsten Zuge und zeigen, wie die favösen Haare, gequollene und verdickte Wurzelscheiden; in solchen Fällen ist der Übergang der Erkrankung zum Gesunden unscharf angedeutet. Niemals sieht man abgebrochene Haare. Die Sensibilität ist im Bereiche der grossen Herde konstant herabgesetzt.

Die Entwickelung der Affektion erfolgt unmerklich, ohne subjektive Beschwerden, wie Schmerzen oder Juckgefühl, selten in regelmässig fortschreitender Art. Sehr häufig wechseln Perioden rascherer Progression ab mit Perioden absoluten oder relativen Stillstandes. Die Krankheit dauert viele Jahre lang und führt zu unheilbarer, nie aber zu vollständiger Kahlheit.

Häufig kompliziert sich das Leiden mit Seborrhoea oleosa und Pityriasis capillitii; als weitere Komplikationen wurden Follikulitiden in der Schamgegend, rezidivierende Follikulitiden an der Oberlippe und am Naseneingang, Lichen simplex chronicus in den Leistenbeugen und an der Bauchhaut. Endlich wurden Keratosis pilaris beobachtet; zweimal werden gleichzeitige Nagelveränderungen berichtet.

Die histologischen Grundlagen der Erkrankung bestehen in entzündlichen Vorgängen zweifacher Art. Der eine Prozess führt zum Untergang des Haares mitsamt seinen Scheiden, der andere, der an der äusseren Scheide des Haarfollikels tätig ist, führt zu einer Atrophie derselben; auch die Talgdrüsen folgen dem Schicksal der Haare und atrophieren; länger widerstehen die Schweissdrüsen, doch zeigen auch diese degenerative Erscheinungen. Die Veränderungen erinnern sehr an Lupus erythematosus; der Unterschied besteht wesentlich darin, dass hier die Zellinfiltrate um die Haarfollikel viel dichter und zwischen ihnen relativ viel schütterer sind.

Bakteriologische Untersuchungen ergaben ein negatives Resultat; Ätiologie und Pathogenese dieser, vornehmlich die Erwachsenen im Alter von 20—45 Jahren befallenden Erkrankung sind vollkommen unbekannt.

Als Behandlung empfehlen die Verff. Quecksilber- und Schwefelpräparate.

In einem grossen Kapitel wird die Differentialdiagnose der Affektion behandelt und zum Schluss die Nomenklatur besprochen. (R.)

Bei einem 16 jährigen Patienten **Wechselmanns** (32) fanden sich auf der Kopfhaut mehrere alopecische Herde, welche sich jedoch durch ihre unregelmässige Form und ihre buchtigen Ränder von der gewöhnlichen Area Celsi unterscheiden. Die Haut erscheint blass, von leichtem Glanz, liegt straff an, fast haarlos. Nach Entfernung der krustösen Auflagerungen kommt eine rötlich-bläuliche, leicht feuchte, dünne Epidermis zum Vorschein; an einzelnen Stellen senken sich die Krusten in Form von hirsekorngrossen Zapfen in die Haut ein. Histo-

logisch handelt es sich um eine Entzündung des Coriums, welche Ödem, mangelhafte Verhornung in und Krustenbildung auf der Epidermis, Atrophie der Haarbälge, Talgdrüsen und Schwund des elastischen Gewebes im oberen Teil der Cutis herbeiführt und mit Narbenbildung ausheilt. Der Prozess gehört in die Gruppe Uterytheme. Wesentlich erscheint dem Verf. hierfür, dass sich an geringfügige, zirkumskripte, oft nicht einmal klinisch nachweisbare, für gewöhnlich mit Restitutio in integrum endigende Entzündungsprozesse in weiter Ausdehnung eine Atrophie und Narbenbildung anschliesst. Als Ursache sieht Verf. ein gelöstes Tuberkulosetoxin an; auch im vorliegenden Falle ist Skrofulose vorhanden. (S.)

Sorrentino (28) berichtet über zwei Fälle von Alopecie oder Area auf der behaarten Kopfhaut, die ausgesprochene Analogien zu der Pseudoarea Brocqs darbieten. Verf. macht darauf aufmerksam, dass sich niemals Zeichen von Entzündung und von Erythem an den erkrankten Organen, an der Alopecie der Haut und an den benachbarten gesunden Zonen bei den Kranken haben nachweisen lassen. Die Haut ist ausgesprochen atrophisch und narbig. Parasiten lassen sich weder in dem Haar und in der Haarscheide noch in dem follikulären Gewebe nachweisen, weder bei direkter mikroskopischer Untersuchung noch bei Kulturversuchen. Autor bespricht dann die klinische Symptomatologie dieser Form, die einen besonderen Typus darstellt, der auf keine Art und Weise mit anderen Alopecien und besonders mit der Area Celsi verwechselt werden kann, mit der viele sie hartnäckig identifizieren und zusammenwerfen wollen. (V.)

Ein achtjähriger Knabe aus Vörners (30) Praxis, der vor einem Vierteljahre Scarlatina durchgemacht hat, zeigt an verschiedenen Stellen des Kopfhaares herdförmige Pigmentanomalien; während im allgemeinen das Haar brünett war, sind diese Herde mit stark glänzenden, blonden, mit einem Stich ins Rötliche spielenden Haaren bestanden. Die ausgezogenen Haare haben einen marklosen Schaft, nur wenig dunkle Pigmentkörnchen, eine diffus gelblich gefärbte Rindensubstanz, aus der die blonde Farbe resultiert.

Die Affektion war nicht von Dauer; nach einem Vierteljahr war von den blondfarbigen Haarstellen nichts mehr zu sehen. — Andere körperliche Anomalien waren bei dem Knaben nicht zu konstatieren.

Die Ursache für diese Affektion ist nicht zu ergründen. Ernährungsstörungen lokaler Natur kommen wohl in Betracht, jedoch können weder Nerveneinfluss noch Gefässstörungen wegen der eigenartigen Lokalisation mit hinreichender Berechtigung ätiologisch verwendet werden. (S.)

In dem vorliegenden Falle Berings (3) von Pili moniliformes ist die Affektion mit einer typischen Keratosis follicularis verknüpft, die auch sonst wiederholt im Zusammenhange miteinander beobachtet worden sind. Durch den Druck der überlagernden Hornmassen einerseits wie die Wachstumsenergie andererseits wird ungleichmässiger Druck von oben und unten auf das sich entwickelnde Haar ausgeübt, durch den sich dasselbe korkzieherartig entfaltet und die knotenförmigen Verdickungen erhält. Mechanisch kann diese Erscheinung mittelst Wachs, das in einem Glaszylinder erwärmt und durch Sand festgedrückt wird, zur Anschauung gebracht werden, wenn man einen Stempel auf die Masse einwirken lässt. — Die Prognose der moniliformen Haare ist wie die der Keratosis pilaris sehr ungünstig. (S.)

In dem angeführten Falle von Gnssmann (13) war bei einem 16 Jahre alten Kranken die eigentümliche und seltene Erkrankung des Haares vorhanden, die wir als Monilethrix bezeichnen. Sie besteht seit Gehurt, wie dann diese Erkrankung gewöhnlich durch das ganze Leben hindurch zn bleiben pflegt. Gussmann hatte Gelegenheit, sowohl die Haare wie ein ans der Occipitalregion exzidiertes Hautstück histologisch zn nntersuchen. Anf Grund seiner Untersuchnngen kommt Autor zu dem Schlnsse, dass die Affektion keineswegs nur eine Erkranknng der Haare, sondern auch eine Erkrankung der Kopfhaut ist, welche durch folgende Veränderungen charakterisiert erscheint: 1. Keratosis pilaris. 2. Die schon im Bulbus nachweisbare, manchmal partielle und intermittierende, moniliforme, manchmal vollständige Aplasie der Haare (dünnes Haar). In der Anordnung der spindelförmigen Anschwellungen und der internodialen dünnen Teile konnte Gnssmann nur ganz ausnahmsweise eine Gleichmässigkeit feststellen. 3. Die schon unterhalh der Talgdrüsen beginnende Verschmelzung mehrerer (2—5) Haarhalggruppen zu einem grossen Sammelfollikel. — Dass die Bildung der Spindelhaare auf neurotischer Basis beruhe oder durch mechanische Hindernisse an der Mündung der Follikel verursacht werde, hält Gussmann für ausgeschlossen. Dagegen besteht nach seiner Ansicht ein Kausalnexus zwischen der Keratosis pilaris und der Haaranomalie. Die histologischen Veränderungen weisen darauf hin, dass es sich bei dieser Erkranknng eigentlich um einen vollständig veränderten Haartypus handle, wodurch auch die häufig genng heobachtete Erblichkeit des Leidens überaus plansibel wäre. (K.)

Heidingsfields (14) Fall von Trichorrhexis nodosa bot die Erscheinungen, die gewöhnlich mit dieser Erkrankung verbunden sind. Die pathologischen Veränderungen zeigten sich an einer Stelle der Oberlippe, wo 18 Monate vorher ein Karbnnkel bestanden hatte. Mit Berücksichtigung dieser Tatsache und des negativen Ergehnisses bakteriologischer Prüfungen und mechanischer Versuche stimmt Verf. mit Ranber darin ühereln, dass er die Theorie des parasitischen und mechanischen Ursprunges des Leidens verwirft und vorhergehende trophische Störungen als Ursache desselhen annimmt. Mikrophotogramme sind heigefügt. (Ch. J. W.)

XXXIII.

Nagel-Krankheiten.

Von Heller-Charlottenburg, mit Beiträgen von **Bodon**-Budapest, **Churchman**-Baltimore und **Kanitz**-Klausenburg (im Auftrage von v. **Marschalkó**-Klausenburg).

Litoratur:

1. Arqnembonrg, L. ot Minet, J., Un nouveau cas do lésions trophiques des ongles des orteils chez un saturnin. Echo méd. du Nord. 5 Mars.
2. Ashmead, A. S., Antirheumatische Behandlung von Psoriasis der Fingernägel. Journal of cutaneous diseases. Bd. 23. S. 480.
3. Bloch, A. M., Etude de la croissance des ongles. Société de biol. Febr.
4. Böksy, Johann, A Feer-féle körömelváltogás vörheng esetén (Fall von Feerschen Nagelfurchen bei Scharlach.) Orvosi Hetilap. S. 225.
5. Curtie, G. L., The otiology of tooth and nail corrugations. Journ. of the Amer. med. Assoc. 5. August.
6. Eger, Über Nagelveränderungen nach akuten Krankheiten. Berliner klin. Wochenschr. S. 607.
7. Galewsky, Über berufliche Formalinonychien und Dermatitiden. Münch. med. Wochenschr. S. 164.
8. Gasparini, A., Della cura medica dell'onichia laterale. Gazetta degli ospedali.
9. Gay-Ugo, La morfologia delle unghie nel degenerato. Archivo di psic. XXVI. H. 1. S. 190.
10. Hartigan, Atrophio of the naile following measels. Brit. Journ. of dermatol. S. 147.
11. Jackson, G., Somo cases of diseased nails. Journal of cut. dis. April. Nr. 4.
12. Menge, Säugling mit Alopecia universalis congenita und gleichzeitiger Verkümmerung der Nägel an Händen und Füssen. Ärztl. Bezirksverein zu Erlangen. 14. XII. (Diskuss.: Hanck.)
13. Nobl, Fall von Koilonychia. Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 22. 11.
14. Pfahler, G. E., A Case of chronic pyogenic onychitie cured by the X ray. Journal of cut. dis. S. 356.
15. Poroez, Moritz, Dee Abstossen des Nagels. Monatsh. f. prakt. Dermatol.
16. Derselbe, A körömlevválásról. [Die Nagelablösung.] Gyogyászat. Nr. 28.
17. Schiefferdecker, Über das Auftreten von quer verlaufenden Furchen und Wällen anf den Nägeln nach Krankheiten. Niederrhein. Ges. f. Natur- und Heilk. in Bonn. 20. II.
18. Schläpfer, V., Eine eigentümliche Veränderung an den Fingernägeln bei einem Fall von Polyneuritis acuta. Schweizer Korrespondenzbl. H. 15, 16. S. 390.
19. Sokalsky, N., Diagnostische Bedeutung der Querfurchenbildung an Nägeln. Vratcheb. Gaz. 16. Juli.
20. Wilson, A G., 3 cases of hereditary hyperkeratosis of the nail-bed. Brit. Journ. of Dermatol. Januar.

Bloch (4) empfiehlt zwei neue Methoden zur Messung des Nagelwachstums. Er markierte durch zwei parallel zur Längsachse und senkrecht auf die Längsachse gerichtete Striche einen Punkt der Nagelplatte. Mit chinesischer Tusche tätowierte er einen zweiten Punkt auf der Dorsalfläche der Nagelphalanx. Die Punkte wurden durch eine Kollodiumdecke geschützt. Die Entfernung der beiden Punkte wurde durch einen Tasterzirkel gemessen, dessen Teilung 0,1 mm erkennen liess. Diese Methode verwendete er zu Messungen an sich selbst. Hundert andere Individuen mass er in der Weise, dass er ein L artiges Instrument so an die im Interphalangealgelenk der I. und II. Phalanx rechtwinkelig

geheugten Finger legte, dass ein feingestellter Massstab nehen dem Nagel lag. Das Vorrücken von Punkten, die durch die Krenzung senkrecht aufeinander liegender Stücke auf der Nagelplatte hergestellt waren, gab den Jndex für das Nagelwachstnm. Die Schwankungen sind grösser als man bisher annahm. 0,04—0,14 mm ist die Grösse des täglichen Wachstums. Grösser als 0,1 ist das Wachstum im Alter von 5—30 Jahren, 0,1 im Alter von 30—60 Jahren, 0,04—0,06 jenseits des 60. Jahres. Weit unter 0,1 ist es im frühen Kindesalter bis 3 Jahr. Das Nagelwachstnm in gesunden Tagen ist absolnt gleichmässig. (H.)

Ugo Gay (9) hat 42 geisteskranke Kinder mit 22 normalen Schulkindern verglichen. Er fand bei den Kranken die Länge des Nagels bis zum freien Rande in unregelmässigerer Beziehnng zn der Körperentwickelung, als bei den Gesunden. Die Nägel sind kürzer, breiter, flacher. Die Lunnla war selten sichtbar; häufig fanden sich weisse Flecke. (H.)

Gasparini (8) empfiehlt beim eingewachsenen Nagel Seifwasser-Umschläge für 24 Stunden anzuwenden, den Raum unter dem eingewachsenen Nagel mit Alaun und Watte anzufüllen und die letztere Medikation alle Tage zn wiederholen. (Es hraucht wohl nicht betont zu werden, dass nnr bei ganz leichten Fällen die Medikation Erfolg haben kann.) (H.)

Pfahlers (14) Fall betrifft eine Frau, die sich 16 Jahre alt eine Nadel in den linken Daumen stiess und im Verlanfe davon ein Panaritium hekam. 14 Jahre später entwickelte sich die erste Attaque von Onychitis. In den folgenden 20 Jahren entstand fünfmal eine Nagelentzündnng des linken Daumens und Mittelfingers. Bei dem vierten Anfalle nützte eine interne Medizin, die aber von demselben Arzte, in gleicher Weise angewendet, bei dem fünften nnd letzten Anfalle versagte. Diese Nagelentzündung hestand seit 4 Jahren, energische lokale und interne antisyphilitische Therapie waren erfolglos. Röntgenstrahlen dreimal wöchentlich, 6 Zoll Röhrenabstand, 5 Minuten Dauer hrachten nach 25 Sitzungen Heilung. Bakteriologisch wurden nur Staphylokokken nachgewiesen. (Abbildungen vor nnd nach der Kur.) (H.)

Galewsky (7) heohachtete bei 5 Ärzten, die beruflich bei pathologischen Arbeiten viel mit 4—10%iger Formalinlösung zu tun hatten, bräunliche Färbung, Erweichung, Auffaserung der Nagelplatte, Schwellung der Nagelwälle, Verdicknng der Nagelbetten. Besonders schwer war der Institntsdiener hefallen. Galewsky konnte durch Einwerfen abgeschnittener Nagelteile in Formalin die Erkrankung künstlich hervorrufen; er führt die Braunfärbung auf Lufteintritt zwischen die Nagelzellen (?) und anf Zerstörung etwaiger Hämoglobinreste zurück. Die Erweichung der Nagelplatte soll die Formalonychie von den gewöhnlichen Prozessen trennen. (Die Krankheit ist übrigens hereits von Heller beschriehen.) (H.)

Porosz (15) empfiehlt die Befestigung des sich abstossenden Nagels, hezw. die Ausfüllung der Lücken zwischen dem alten und dem neu wachsenden oder endlich den interimistischen Ersatz des fehlenden Nagels durch eine Kollodiumschicht vorzunehmen, die das Nagelbett vor Druck, chemischen Einflüssen usw. schützt. (H.)

(16) Nach Ablauf von Panaritien ist es oft unangenehm und mit Schmerzen verhunden, dass zwischen dem alten und dem sich neubildenden Fingernagel ein freier Raum entsteht. Da der Prozess sich sehr in die Länge ziehen kann, ist es am hesten, wenn man die Lücke zwischen den heiden mit einer Kollodiumschicht ausfüllt. (K.)

Nobls (13) Fall von Koilonychie hetrifft eine 40jährigen Fran, deren papierdünne, von streifenförmigen, vertieften und mehr diffus angeordneten, leicht eingesunkenen, schwachen Flecken dnrcbsetzte Nagelplatten die cbarakteristische konkave Form zeigten. Die aufgekrämpten freien Nagelräume sind rissig, brüchig ansgezackt. Ätiologiscb wird der Beruf der Patientin als Wäscherin angescbnldigt. (H.)

Schiefferdecker (17) gibt eine Übersicbt über die Geschichte der Beauschen Linien, ohne etwas Nenes zn hieten. (H.)

Eger (6) berichtet üher die Ausbildung der Beanschen Qnerfurchen nach Ahdominaltyphus, Polynenritis, Gastroenteritis toxica. (H.)

Hartigan (10) sah 3 Monate nacb dem Masernexantbem Ahfall aller Nägel und langsame aher völlige Regeneration mit Ansnabme der Nägel beider Daumen, beider Zeigefinger, heider Mittelfinger sowie der Grosszehennägel. Die Nägel der erkrankten Finger nnd Zehen wnrden teilweise dünn nnd längsgespalten wieder gehildet; teilweise sistierte die Nenbildnng der Nagelplatten so völlig, dass die Nagelhetten freilagen. (H.)

Bokay (3) will auf den diagnostischen Wert der postskarlatinösen Erscheinung von Nagelfurcben besonders aufmerksam macben. (B.)

(Die Beanschen Linien nach Scharlach sind seit etwa 50 Jahren bekannt und von Heller ansführlich heschriehen nnd abgehildet. Feer kannte, wie er selhst zugiht, die Literatur nicbt. Der Name Feersche Nagelfurcben ist zn verwerfen.) (H.)

Jackson (11) hericbtet kurz üher 12 Fälle von Nagelerkrankungen, die mit Erosionen, Rbeumatismus, Sypbilis oder nervösen Affektionen in Zusammenhang zu hringen sind. (5 Abbildungen.) (H.)

Schläpfer (18) herichtet üher den Fall eines 38jährigen Mannes, bei dem nach heftiger Erkältung nnter hohem Fieber Scbmerzen im Genick und längs der Wirbelsäule anfgetreten waren. Scbmerzhafte Prozesse der Arm- und Beinmusknlatur unter Herabsetzung der Reflexe war die weitere Folge. 3 Monate später nach Besserung der Lähmungserscheinungen konstatierte Schläffer eine 3 mm breite, hraune, pigmentierte Zone an den Nägeln. Es dürfte sich nm eine tropbische Störung wäbrend der Fieberperiode mit Bildung mangelhaft verhornten und „vernagelten" Gewehes gehandelt haben. Eine Beteiligung der Sympathicusfasern wird von Schläffer angenommen. (H.)

Bnrnet in Edinburgh ist der Meinung, dass Psoriasis wenigstens bei Kindern nnr hei rbeumatiscben Affektionen auftritt. Er hat die besten Wirknngen bei Bebandlung mit anti-rhenmatischen Mitteln beobacbtet. Walsh in London macbte ähnliche Erfahrnngen. Asbmead (2) berichtet üher zwei Fälle erfolgreicher Behandlung mit anti-rbeumatiscben Mitteln. Beim zweiten Fall ergah die Familiengescbichte eine ausgesprochene Neigung zu Rbeumatismus. (Ch.)

Menge (12) demonstriert einen Sängling mit Alopecia universalis congenita, dessen Hand- und Fussnägel verkümmert waren. Die Mutter hatte bei der Gehurt die gleiche Anomalie gezeigt; erst in ihrem 12. Lebensjahre hatten die Kopfhaare stärker zu werden begonnen; die Nagelveränderungen waren jedocb bestehen gehlieben. 6 Geschwister, ein Geschwisterkind, die Mntter nnd Grossmutter der Wöcbnerin haben die gleichen Anomalien kongenital gezeigt, während 6 andere Geschwister gesund gehliehen waren. (H.)

XXXIV.

Tropen-Krankheiten.

Von **Mense**-Kassel, mit einem Beitrage von **Verrotti**-Neapel (im Auftrage von **De Amicis**-Neapel).

Literatur:

1. Ascoli, V., Successioni morbose della malaria a carico dell'apparecchio urinario e della pelle. Policlinico, part. med. XII. 1.
2. Ashley, Emile, L. E., Zambeei ulcer. Journ. of tropic. med. 15. IX.
3. Derselbe, On the etiology of ainbum. Journ. of tropic. med. 1. II.
4. Audain, Léon, La boussarole. Port au Prince. Verrollot.
5. Bell, John, A commnnication on a tropical skin disease. Brit. med. journ. 11. November.
6. Boussard, Du mycétome à grains noirs en Afriqne. Ann. d'hyg. et de méd. col. S. 579.
7. Boycott, A. E., A case of ekin infection witb ankylostoma. Jonrn. of hygiene. Vol. V. Nr. 3.
8. Breda, Contribnto allo stndio dell' ulcera fagedenica dei paesi caldi. Giorn. it. delle malattie veneree e della pelle. Fasc. 5. S. 531.
9. Brnmpt, E., Sur le mycétome à graine noirs, maladie produite par une mucédinée dn genre madnnlla n. g. C. r. de l'Acad. des scienc. 17. VI.
10. Cannac, Note sur deux cas de gonndon. Arcb. de parasitol. IX. 2.
11. Derselbe, Le pian à la Côte d'Ivoire. Arcb. de parasitol. IX. 2.
12. Castellani, A., Further observations on parangi (yaws). Brit. med. Journ. 18. November.
13. Derselbe, Observations on dbobie itch and other tropical trichophytic diseases. Brit. med. Journ. 11. November.
14. Dereelbo, On the presence of spirochaetes in 2 cases of ulcerated parangi (yaws). Brit. med. Journ. 11. November.
15. Dereelbe, Tropical forms of pityriasis versicolor. Brit. med. Journ. 11. Nov.
16. Coppin, Note sur un nouveau traitement du bonton d'Alep on salek en Perse. Ann. d'byg. et de méd. colon. Oktober, November, Dezember. S. 521.
17. Derselbe, Traitement dn bouton d'Orient par des applications d'onguent vésicatoire. Sem. méd. S. 463.
18. Fontoynent et Jourdan, Traitement de l'ulcère phagédéniqne des pays chauds. Presse méd. 14. 1.
19. Fülleborn, Tropiscbe Parasiten. Biol. Abt. des ärztl. Vereins Hamburg. 24. X.
20. Gaudncheau, A., Ln purgation antiseptique contre certains oedèmes tropicaux. Sem. méd. S. 233.
21. Gimlette, Jobn, D., Notes on some methods employed by Kelantan Malays in the treatment of puru or yaws. Journ. of trop. med. 15. X.
22. Goebel, Carl, Über die Bilharzia-Kraokbeit der weiblichen Genitalien. Zentralblatt f. Gynäkol. Nr. 45.
23. Graham, J. C., Notee on framboesia tropica (yawe). Brit. med. Journal. 11. November.
24. Graham, W. M., Guinea-worm and its hoets. Brit. med. Journ. 11. November.
25. Grotbusen, Über Elepbantiasis scroti und deren Behandlung. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhygiene. Heft 3.
26. Henggeler, Über einige Tropenkrankheiten der Haut. Monatsh. f. prakt. Dermatol. Nr. 5.
27. Jamee, S. P., Oiiental or Delbi sore. Calcutta.
28. Jeanselme, E, Notes on pian (yaws) in French Indo-China. Brit. med. Journ. 11. Noveuiber.
29. Le Dantec et Boyé, Note sur une myase observée cbez l'homme en Guinée française. Le Caducée. Nr. 1.
30. Looes, D. A., Von Würmern nnd Arthropoden hervorgorufene Krankheiten. In: Mense, C., Handbucb der Tropenkrankheiten. Bd. I. Leipzig. J. A. Barth.

31. Macdonald, A. G., Elephantiasis of the scalp. Jouru. of tropic. mod. I. IV.
32. Macleod, Tropical diseases of the skin. Brit. med. journ. 11. XI.
33. Moutel, Quelqnes notee snr le pian au Cambodge. Ann. d'hyg. et de méd. colon. Jan., Febr., März.
34. Naah, J. P., Etwas über die Jahresbeule. Münch. med. Wochenschr. S. 1281.
35. Pino, C., Een geval van Ainhum. Geueesk. Tijdschr. v. Ned. Indie. Heft 6.
36. Plehu, Albert, Die tropischen Hautkrankheiten. Aus Mense, C., Handbuch der Tropenkrankheiteu. Leipzig. J. A. Barth.
37. Rho, Filippo, Die tropischen Intoxikatiouskrankheiten. Iu: Meuse, C., Handbuch der Tropenkrankhoiten. Bd. 1. Leipzig. J. A. Barth.
38. Roubaud, R., Contribntion à l'étude de la filaire de Médine. Thèse de Paris.
39. Sandwith, F. M., Pinta. Brit. med. Journ. 11. XI.
40. Stepheus, J. W., Note on the pathology of tropical swellings. (Tropisches Ödem). Thompson Yates and Johnston Laboratories Report. VI. I.
41. Strong, Richard, P., A contributiou to the stndy of the etiology of tropical ulcer. Transactions of the Assoc. of American. Physicians. Vol. 20. S. 383.
42. Wolley, Paul, Piuto. Bull. of the Governmeut labor. Manila.
43. Wurtz, R., De l'oedème dans les maladies tropicales. Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene. S. 120.
44. Ziemanu, Hans, Beitrag zur Filariakrankheit der Menschen und Tiere in den Tropen. Deutsche med. Wochenschr. S. 420.
45. Derselbe, Über „Meluug" (Beta bei den Dualanegern), eine eigenartige Hautkrankheit der Neger in West-Afrika. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 74. S. 163.

Die umfassende und eingehende Abhandlnng Plehns (36) behandelt alle tropischen Hautkrankheiten, mit den Bildungsdefekten und Ernährnngsstörungen beginnend, wohei Verf. aus eigener Beobachtung auf die ausgesprochene Neigung der Neger zur Keloid-Bildung, z. B. Entstehung eines Keloids des Ohrläppchens von Kartoffelgrösse nach Stichverletznng dnrch einen Grashalm, und Lipom-Bildung verweist.

Ainhum ist eine Spontanabschnürung der Zehen. Für roten Hund, Lichen tropicus schlägt Verf. den Namen Dermatitis hidrotica vor wegen der verschiedenen Bedeutung, die dem Schweisse für das Znstandekommen des Krankheitsbildes zukommt. Pemphigus contagiosns tropicus unterscheidet sich vom Pemphigus neonatorum durch die Neigung, sich umschriehen zu lokalisieren und mit Vorliebe Achselhöhlen nnd Inguinalfalten zu befallen. Nach de Haan ist der Erreger eine abgeschwächte Form des Staphylococcus aurens, die Krankheit selbst eine milde umschriebene Form des Pemphigus vulgaris. Nach Plehn scheint sie der Impetigo contagiosa näher zu stehen und überhanpt keine einheitliche Ätiologie zu hahen. Unklar ist ebenfalls die Ätiologie der in Südafrika als Veltsores beschriebenen Hautgeschwüre. Ob die Knötchendermatitis, Dermatitis nodosa tropica, welchen Ausdruck Plehn mit seinem Bruder F. Plehn an Stelle der ungenauen Bezeichnnng Kro-Kro oder Craw-Craw setzen will, wirklich ein einheitliches Krankheitsbild ist, erscheint dem Referenten zweifelhaft. Das gleiche gilt von der ebenfalls vom Kro-Kro zu trennenden Dermatitis ulcerosa tropica, welche Plehn auch von den gewöhnlichen Beingeschwüren nnterscheidet. Den tropischen Phagedänismus betrachtet er mit Le Dantec nnd Jeanselme als eine bösartige Form des bei uns verschwundenen Hospitalbrandes, ebenso wie er mit guten Gründen das Granuloma venerenm als eine unter den besonders klimatischen Verhältnissen etwas abweichend verlaufenden weichen Schanker ansieht. Neuerdings werden von Siebert Kokken als Erreger vermntet.

Unbekannt sind auch die Ursachen von Ground-itch, d. h. Bodenkrätze, während die „klimatischen" Bnbonen als eine Strepto-

kokkeninfektion (znr Verth) von kleinen Hautwunden aus anzusehen und dnrch Gelegenheit zum Waschen mit Süsswasser statt Seewasser unter den Seelenten oft vermeidhar sind. Anf die zahlreichen tropischen Pilzkrankheiten der Haut kann hier nicht eingegangen werden.

Die endemische Beulenkrankheit, Biskra-Aleppo-Delhi-Orient- usw. Beule, hat in der neuesten Zeit erhöhte Beachtung gefnnden, weil hei ihr ganz ähnliche, als Protozoon angesprochene Gebilde gefnnden werden wie bei der Kala-Azar (Leishman-Donovan-Körperchen), welche anf einer gewissen Entwickelungsstufe in ihrer Form Verwandtschaft mit Trypanosomen zeigen.

Das Polypapilloma tropicum oder die Framboesia hält Plehn nicht für ein Prodnkt der Syphilis. Die inzwischen erfolgte Entdeckung der Spirochaeta pallida (s. Treponema pallidum) dnrch Schaudinn nnd des Erregers der Framboesia, Sp. pertenuis durch Castellani hat seine Annahme bestätigt. Die Ätiologie der afrikanischen Nasengeschwnlst Gundu ist dagegen noch dunkel. (M.)

Dermatologisch interessant ist zunächst die von Looss (30) beobachtete Einwanderung der Larven von Ankylost. duodenale durch die Haarfollikel his zur Haarzwiehel, von dort in die Cutis nnd durch Lymphkapillaren nnd Hautvenen in den Kreislauf.

Der sog. Hantmantelwurf, Larva migrans, welcher anf der Hant gerade oder geschlängelte, rote, jnckende Linien hervorruft, ist eine Fliegenlarve (Gastrophilus?). Die Larven von Ank. duod. und von deren Verwandten Necator americanus und von Strongyloides stercoralis vermögen ganz ähnliche Erscheinnngen zu machen, falls einzelne Larven den Weg durch die Hant nicht finden nnd auf ihren Wanderungen in die Nähe der Epidermis kommen.

Sehr wichtig als Tropenkrankheit sind die durch Filaria bancrofti hervorgerufenen Elephantiasisformen der Hant. Auch hier ist die Haut die Eingangspforte, indem die Larven durch Mückenstich (Cnlex fatigans u. a.) auf den Menschen übertragen werden (Manson). Furunkelähnliche Geschwüre, selbst grössere Ahszesse macht der Guineawurm, Dracunculus, s. Filaria medinensis.

Von den Hautparasiten spielen Milben (Acarina) eine Rolle als Erreger des japanischen Fluss- oder Überschwemmungsfiebers; die sog. Buschmucker machen in Neu-Guinea stark juckende rote Papeln. Von Insekten sind am wichtigsten der Sandfloh (Sarcopsylla penetrans) nnd die Fliegenlarven der Familien Oestridae (Biesfliegen oder Bremsen) und Muscidae (tropische Fliegen). Auch Blutegel, hesonders Limnatis nilotica und verschiedene Haemadipsa-Arten überfallen den Menschen. In Mexiko führt der Biss des Rüsselegels, Haementeria officinalis zu schweren Vergiftungserscheinungen, wahrscheinlich durch den Speichel. (M.)

Von tropischen Giftpflanzen rufen nach Rho (37) viele, welche einen reizenden Saft enthalten, schwere Dermatitiden hervor. So der mittelamerikanische Manzinellbaum, Hippomane manzinella, eine der zahlreichen Wolfsmilcharten, ferner Hura crepitans, der Sandbuchsenbaum, verschiedene Malvenarten, Trompetenblumen, Nesselgewächse, Amaryllis-Arten, Kakteen und insbesondere aher die Anacardiaceen oder Firnishlumen, von denen Rhus vernicifera die in China und Japan hekannte Hautkrankheit der Lackarbeiter hervorruft.

Zahlreiche giftige Tiere vermögen ehenfalls die Haut zu schädigen, von den Cölenteraten oder Hohltieren (Seerosen) und Mollusken oder

Weichtieren, Quallen, Schnacken bis zu den Spinnen, Skorpionen, Tansendfüsslern, verschiedenen stechenden Insekten und den mit Giftdrüsen und Stichwerkzeugen in Gestalt von Stacbeln oder Strahlen der Brust- und Rückenflossen ausgestatteten Giftfischen (Acanthopteri, Stacbelflosser). Auch die Hautdrüsen einiger Salamander und Kröten sowie der Krusteneidechse (Heloderma horridum) enthalten Gift, ebenso die mit einem an den Hinterfüssen sitzenden Sporn verbnndene Drüse des australiscben Schnabeltieres. (M.)

Bell (5) fand bei einem Inder in Hongkong in einem Geschwür der Fusssoble Rbizoglyphns parasiticus, eine in scbmntzigem Boden lebende Milbe. Heilung durcb 4%oiges Formalin-Glyzerin. (M.)

Übersicht Macleods (32) über die Ätiologie der wicbtigsten tropischen Hautkrankheiten. (M.)

Henggeler (26) bringt eine Gegenüberstellnng der wichtigsten Symptome von Syphilis nnd Framboesia nnd kommt zu dem Schlusse, dass beide Krankheiten scharf zn trennen sind. Vorzüglicbe Abbildungen sind beigegeben. (M.)

Zwei durch Abbildungen veranscbaulichte seltene Fälle Goebels (22) von Bilbarziosis der Vulva nnd des Cervix uteri. Die blumenkohlähnlicben Wucherungen gleichen spitzen Kondylomen. (M.)

Die Blutfadenwürmer sind nach Ziemann (44) in Afrika, besonders Kamerun sehr verbreitet, ihre Embryonen werden auch im Blute anscheinend gefnnden. Bei Weissen sah Ziemann die Parasiten viermal. Bei diesen Kranken traten an Armen nnd Beinen wandernde Schwellungen von Walnnss- bis Gänseeigrösse auf, welcbe bald ebenso rasch verschwanden wie sie gekommen waren, bald zu Abszessen sicb entwickelten, in denen dann zuweilen die Filariaembryonen (richtiger Larven, Ref.) nacbgewiesen werden konnten, wenn der Blutbefund negativ war.

Manchmal trat Filaria Loa mit den Filaria perstans-Embryonen gleichzeitig auf. Bei Elephantiasis der Beine stellte Ziemann wiederholt Embryonen von Filaria perstans und F. bancrofti gemischt fest. (M.)

Graham (23) beobachtete zwei von ihren javanischen Ammen mit Framboesia angesteckte europäiscbe Kinder. Infektion von Enropäern ist sehr selten. Hier lag, ebenfalls eine Seltenheit, nur eine Papel des linken Daumens vor. Trotzdem drohten die Axillardrüsen zu vereitern. Jodkali nnd Qnecksilber blieben nntzlos, Heilnng erfolgte erst nach Hineinsendung nach Enropa. (War es wirklich Framboesia? Ref.) (M.)

Anch Jeanselme (28) hält scbon auf Grund der klinischen Erscheinungen Framboesia und Sypbilis für verschieden und gibt eine Gegenüberstellung der Symptome. (M.)

Framboesia oder Pian ist nacb Montel (33) in Cambodscha weitverbreitet und bat oft tiefe eiternde Fissuren der Fusssohlen zur Folge. Erst nach Abtragung der starken Hornschicht entdeckt man dann das wuchernde Papillom. Montel fand allerlei Pilze in dem Sekret und abgeschabten Partikelchen, welche er als ätiologisch wicbtig ansieht, offenbar ein Nebenbefund. Spirochäten erwähnt er nicht. Jodbehandlung ist am wirksamsten. Syphilis ist nicht mit Framboesia identisch. (M.)

Bericht Castellanis (13 n. 14) über die Auffindnng von Spirochäten in Framboesia-Papeln, welche nach Leishman-Romanowsky

sich schon nach fünf Minnten färhen nnd der Sp. pallida gleichen. Danehen sah Castellani ovale punktförmige Spirochäten mit punktförmigem Chromatin, die vielleicht ein Entwickelungsstadinm der Spirochäten darstellen. (Inzwischen ist die Differenzierung heider Spirochäten gelungen. Ref.) (M.)

Die auf der malaiischen Halhinsel meistens gutartig verlaufende Framhoesia wird nach Gimlette (21) von den Eingeborenen mit einheimischen pflanzlichen Mitteln oder mit Kupfersulfat oder Arsenik behandelt und von Syphilis wohl nnterschieden. (M.)

Castellani (15) unterscheidet eine Pityriasis nigra mit dunkler gefärhten Pilzen mit langem Mycel und grossen Sporen in Büscheln und eine Pityriasis flava mit dickem, unregelmässigem Mycel und kleinen, hüscheligen Sporen. (M.)

(4) Eine anscheinend bisher nicht beschriebene der Pityriasis versicolor in frischen Fällen hei oherflächlicher Betrachtnng ähnliche Dermatomykose, deren fleckige und hogenförmige Effloreszenzen grauschwarz, schiefergrau und schwarzgrün erscheinen. Bisher nur von Andain hei Haitianern heohachtet. Das Zentrum der einzelnen Elemente der Krankheit hildet stets die erweiterte Öffnung einer Talgdrüse. Durch Kratzen löst sich die Epidermis leicht ah nnd die Cntis liegt feuchtglänzend da. Das starke Jucken führt zu Kratzekzemen, bei längerem Bestande des Leidens trat völliger Pigmentverlust wie bei Vitiligo ein. Die Angahen üher den Erreger, der „ein Bakterium, welches die Fähigkeit hesitzt, sich in einfache oder verzweigte Wurzelfäden, in Sporen und Ketten von einfachen oder verzweigten Arthrosporen nmzuwandeln“ sein soll, sind unklar. (M.)

Dhohie Itch tritt nach Castellani (13) wie das Eczema marginatum zwischen Hoden und Schenkel und in der Schenkellänge nnd zwischen den Nates auf. Sein Erreger ist ein von dem hei Tinea circinata gefundenen verschiedenes Trichophyton. Ansserdem kommt auf Ceylon Tinea circinata, T. imhricata oder Tokelau und ein Ringwurm der Kopfhant vor. (M.)

Pinta ist nach Sandwith (39) hesonders in Mittelamerika verhreitet, in Brit. Honduras sind 60% der Eingehorenen damit hehaftet. In Afrika kommt die viele Jahre dauernde Krankheit sporadisch vor. Montoya nimmt Übertragung des Erregers (Trichophyton picton), von welchen 10 Arten hekannt sind, durch Mücken, nicht durch Flöhe oder Wanzen an. Schmutz hegünstigt die Entstehnng. Therapie örtlich Jodtinktur, hei älteren Fällen Chrysarohin und Unguent. hydragyr. cinereum. (M.)

Pinto kommt nach Woolley (42) anch anf den Philippinen vor. (M.)

Beschreihung eines Falles von Madura-Fnss oder Mycetoma durch Boussard (6) mit zahlreichen in festes Bindegewehe eingebetteten Pilzherden ohne Eiterung. Der Pilz soll von dem der vereitenden Form verschieden sein, wovon ebenfalls Beohachtungen mitgeteilt werden und hesonders ein weicheres Sclerotium und anderes verzweigtes Mycel hesitzen, wie aus den heigegehenen Ahhildungen hervorgeht. (Der verschieden henannte Pilz ist je nach dem Nährhoden sehr veränderlich, so dass die Frage seiner Unität noch nicht entschieden ist. Ref.) (M.)

Brnmpt (9) will den Erreger des Madnra-Fnsses, schwarze Varietät, als eine nene Gattung Madnrella hinstellen, Species Madurella mycetomi nnd stützt sich dahei anf verschiedene botaniscbe Eigentümlichkeiten. (M.)

Seltener Fall Macdonalds (31) von Elephantiasis der Kopfhant seit der Kindheit bei dem 20jährigen Kranken bestehend und nnter alle paar Monate auftretenden Fieberanfällen exazerbierend. Im Blute massenhaft Filarien. (M.)

Kasuistik von drei erfolgreicb operierten Fällen. Grothusen (25) rät von der Anwendung künstlicber Blntleere ab, da der Schlanch die Schnittführung erschwert und vor der Operation nicht diagnostizierte Hernien dnrch die lange Ahschnürung gangränös werden können. (M.)

Ödem, d. i. seröse Dnrchtränknng der Gewebe, im engeren Sinne des Unterhauthindegewehes ist, wie Wnrtz ausführt (43), eine bäufige und wicbtige Begleiterscbeinung verschiedener Tropenkrankbeiten. Als Hauptsymptom kommt es bei Beriheri, epidemischer Wassersucht und Calabar-Gescbwulst vor. Verf. bespricht Verlauf und Lokalisierung. Als Nebensymptom beim Auftreten bei Malaria, Filariasis, Verruga peruviana, Trypanosomenfieber und Schlafkrankbeit (selten feblend! Ref.), Dengne, Pellagra, Acrodynie, cbronischer Rnbr, Cochinchina-Diarrhöe und hei Infektionskrankbeiten, wie Cholera, Typhns exantbematicns, Recnrrens u. a., wenn sie sich mit Nephritis komplizieren. (M.)

Beschreibnng der wichtigsten Parasiten in den Tropen dnrch Fülleborn (19). (M.)

Bei einer Versucbsperson Boycotts (7) traten 50 Tage nach Aufbringen von Ankylostoma-Larven auf die Hant des Vorderarmes A-Eier im Stuhl auf, aber schon nach 27 Tagen Vermehrung der eosinophilen Zellen im Blute, welcbe am 52. Tage 44% erreicbte. (M.)

Eine nicht näher bestimmte Stecbfliege tritt nacb Le Dantec und Boyé (29) zn Beginn der Regenzeit in Französisch-Gninea auf (März-April) nnd verschwindet mit dem Eintritt der Trockenzeit im Oktoher. Die Larven entschlüpfen einem furunkelähnlichen Hautgeschwür, welcbes nacb ihrem Austreten rasch beilt. (M.)

Die Geschwüre der Tropen stellen keine Krankbeitseinbeit dar, sondern einen toten Begriff, der alle exotiscben Geschwüre, deren Natur man nicht kennt, znsammenfasst. Als Beispiel führt Breda (8) den von ibm beobacbteten Fall an, ein 41jähriges Individuum betreffend, das 16 Jahre in Südamerika gereist, unregelmässige Ernährung und Weinmissbraucb über sicb bat ergehen lassen müssen nnd vor 11 Jabren an Malariaanfällen gelitten bat. Vor einigen Monaten, als der Mann in Brasilien war, stellte sicb infolge einer Punktion an der ersten Phalange der recbten grossen Zebe ein Geschwür ein, das in knrzer Zeit bis zu den Sehnen vordrang; hald darauf zeigten sich andere Geschwüre (an der Innenseite der recbten Hand und am linken unteren Augenlid), die die Grösse eines Fünfmarkstückes erlangten. Er kehrte nacb Italien zurück. Das Gescbwür der grossen Zehe war 5 cm gross, viereckig, mit geschweiften, hervorspringenden Rändern, fast gänzlich steil, am Grunde bedeckt mit missfarbener Flüssigkeit. Ähnliche Verhältnisse boten die anderen Geschwüre dar. Nach dreimonatlicber örtlicher antiseptiscber Behandlung Heilung. Kultnrversuche ergahen besonders Staphylococcns anreus. (V.)

Bei Behandlung des phagedänischen Tropengeschwürs sehen Fontoynent und Jourdan (18) vorzüglichen Erfolg durch Eosinlichtbehandlung. Die kranken Stellen wurden morgens mit einer 5%igen Eosinlösung bepinselt, den ganzen Tag über dem Sonnenlichte ausgesetzt und nachts trocken oder feucht verbunden. Curettement und Beleuchtung ohne Eosin wirkten ebenfalls günstig. (M.)

Sieben Fälle von endemischer Beulenkrankheit wurden durch folgendes Verfahren durch Coppin (16 und 17) rasch geheilt. Nach Abweichung der Borken wird die Umgebung der Beule durch ein Diachylonpflaster ringsum geschützt, dann das Geschwür selbst mit einem Cantharidenpflaster bedeckt, welches zwei bis drei Tage liegen bleibt. Darauf kurze Zeit Verband mit Borsalbe. Nach zwei Tagen wieder Pflaster usw. bis sich wieder Granulationen entwickeln. (M.)

So nennt Ashley (2) ein in Südafrika beobachtetes, kreisrundes, scharfrandiges, meistens am Unterschenkel sitzendes Hautgeschwür mit entzündlich verdickten Rändern und Umgebung. In einem Falle fand Verf. eine Fliegenlarve im Geschwürsgrunde, der er die Entstehung zuschiebt. (Also ein Fall von Myriasis. Ref.) (M.)

Nach Naabs (34) Beobachtungen in Syrien und Mesopotamien hält Naab Moskitos für die Überträger der endemischen Beulenkrankheit. Kinder werden erst in den Lebensjahren befallen, wo sie nicht mehr sorgfältig verhüllt sind. Verf. selbst erkrankte, nachdem er ohne Netzschutz mit einem Kranken wiederholt in einem Zimmer geschlafen hatte. Wer sich vor Moskitosstichen schützt, bleibt gesund. Ohne Mücken keine Beulen! Beste Therapie Einpinselung einer Lösung von Methylviolett in 8%iger Alkohollösung. (M.)

Die unter dem Namen Melung von Ziemann (45) beschriebene Pigmentanomalie der Haut charakterisiert sich durch das Auftreten rundlicher, allmählich wachsender weisslich-rötlicher Flecken an Händen und Füssen. Das Befinden wird dadurch in keiner Weise gestört, da keinerlei unangenehme Begleiterscheinungen auftreten. Vielleicht Vitiligo. Therapie unbekannt. (M.)

Kasuistik Ashleys (3) von vier in Mozambique beobachteten Fällen von Ainhum (über diese Krankheit s. auch S. 275). Verf. sieht Überanstrengung mit folgender Innervationsstörung der kleinen Zehe als die Ursache an. (M.)

Fall, wo die kleine Zehe des rechten und die vierte Zehe des linken Fusses abgeschnürt war. Pino (35) wendet sich gegen die Annahme, dass A. Lepra sei. Das Vorkommen beider Krankheiten fällt nicht zusammen. (M.)

II. Teil.

Lues und venerische Helkosen.

XXXV.

Allgemeine Pathologie der Lues.

Bearbeitet von **Grouven**-Bonn, mit Beiträgen von **Churchman**-Baltimore, **Krysinski**-Warschau (im Auftrage von **v. Watraszewski**-Warschau), **Lantos**-Budapest, **Rasch**-Kopenhagen, **Selenew**-Charkow, **Tallquist**-Helsingfors, **Török**-Budapest, **Verrotti**-Neapel (im Auftrage von **De Amicis**-Neapel), **Vörner**-Leipzig und **Ch. J. White**-Boston.

Literatur:

1. Almkvist, Johan, Die venerischen Krankheiten, deren Natur und deren Bekämpfung. Björck und Börjesson, Stockholm.
2. De Amicis, E., Sifilide ignorata — nessnna manifestazione dopo nn ulcero sofferto — stato generale sempre ottimo — matrimonio dopo 9 anni — infezione per conceptionem — aborti. — Società italiana di dermatologia e sifilografia. Dicembre — vedi Giorn. it. di m. venereo e della pelle 1906. Fasc. 1.
3. Derselbe, Sifilide maligna grave — Inefficacia della cura jodo-mercuriale — notevole vantaggio dall' uso della polvere del Pollini — Trasmissione ereditaria dopo 10 anni — Madre incolume. — Società italiana di dermatologia e sifilografia. Dicembre — vedi Giorn. it. delle m. veneree e della pelle. 1906. Fasc. 1.
4. Baldwin, Extra-genital sypbilis. Dental Review. Vol. XVI. Nr. 1.
5. Balfour, A., Syphilis in the Sudan. Report of the Wellcome research laboratories at Khartoum. Med. Record. Vol. 67. S. 331.
6. Bosc, F. J., Recherches sur l'étiologie, la pathogénie et le traitement de la syphilis. Montpellier méd., 2 Jnillet.
7. Ceconi, A., Febbre sifilitica? Riv. critica di clinica medica. 25 Mars.
8. Chworostansky, M., Zur Bekämpfnng der Syphilis im Woronesch-Kreise im Jahre 1903—1904. Russisches Journal der Haut und venerischen Krankheiten. T. X. August—November.
9. Doktor, A., Ist die Syphilis eine schwerere Krankheit als der Tripper? Zentr.-Bl. f. Gynäkol., 2. Dezember.
10. Coutanine, Marie. Etnde critique sur la réinfection syphilitique. Thèse de Genève.
11. Dreyer, Fall von Lues gravis. Verhandl. der Berliner dermatol. Ges., 20. VI. (Diskuss. Rosenthal.)
12. Derselhe, Fall von Lues maligna. Verhandl. der Berliner dermatol. Ges., 20. VI. (Disknss. Heller, Koller.)
13. Ehrmann, Fall einer Kombination von Psoriasis vulgaris, Syphilis (Papeln und breite Kondylome) und Seborrhoe. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges., 8. 11. (Mit Diskussion von Neumann.)
14. Derselbe, Fall von Psoriasis und Syphilis. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges., 25. I.
15. Falk, Ludwig, Dermato-venerologische Impressionen. Dermatol. Zentr.-Bl. S. 354.
16. Felländer, J., Die letzten Syphilisforschungen. Hygiaea. (Ist eine Literaturübersicht.) (Müllern-Aspegren).

17. Finger, Frau mit Pemphigus vulgaris und Lues. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges., 25. I.
18. Glück, E., Ein schwerer Fall von Syphilis. Gesellschaft der Spitalärzte.
19. Glück, Leop., Zur Charakteristik der erworbenen recenten Syphilis der Kinder. Wiener med. Wochenschr. S. 2061.
20. Grosglik, Do nauki o reinfekcyi syfilisu. (Zur Lehre über die Syphilisreinfektion). Czas lekovski. L. 11 u. 12. S. 422.
21. Hoffmann, Fall von isolierten indurierten Papeln mit konsekutiver Lymphangitis und Drüsenschwellung bei einem vorher wegen angeblichen Ulcus molle gangraenosum der Lippe behandelten Manne. (Mit Diskussion von Pinkus und Rosenthal). Verhandl. der Berliner dermatol. Ges., 10. 1.
22. Holm, N., Om förlöbet af erhvarvet Syfilis. (Über den Verlauf der erworbenen Syphilis). Bibliothek f. Läger. S. 253.
23. Horvéth, K., Zur Frage der direkten Ansteckungsfähigkeit des Samens im tertiären Stadium der Syphilis. Budapesti orvosi ujsag. Nr. 11. Beilage.
24. Hyde, James Nevins, Syphilis as related to the problems of longevity. Chicago Med. examin. Assoc., 27. II. und Med. Exam. and Pract. Vol. 15. S. 273.
25. Kurita, Syphilis und Tätowierung. Med. Ges. in Tokio, 10. V.
26. Lambkin, F. J., Physical degeneration an syphilis. Brit. med. Journ., 19 August.
27. Ledermann, Drei Fälle mit tertiärer Lues, welche nie durch Quecksilber behandelt wurden. Verhandl. der Berliner dermat. Ges., 14. III.
28. Legendre, J., Le péril vénérien au Tonkin. Ann. d'hyg. et de méd. colon., Oktober, November, Dezember.
29. Lydston, G. Frank, The surgical diseases of the genitourinary tract, venereal and sexual diseases. Philadelphia, F. A. Davis Company.
30. Marshall, C. F., Syphilis and Gonorrhoea. London and New York, Rebman.
31. Derselbe, Syphilis of the third generation. Lancet, 26. August.
32. Mc. Kenna, J. A., Syphilitic fever. Medical News. Bd. LXXXVII. S. 1126.
33. Montgomery, D. W., The acquisition of syphilis professionally by medical men. Journ. of cutan-dis. Apr.
34. Derselbe, The conveyance of syphilis by medical men. Med. Soc. of the State of California, 18.—20. IV. und Journ. of cut. dis Vol. 23. S. 145.
35. Nattan-Larrier et Brindeau, Conditions histologiques de la transmission des maladies de la mère au foetus. Soc. de biol., 18. Nov.
36. Neumann, Die Geschlechtskrankheiten und ihre besonderen Beziehungen zur Armee. Der Militärarzt. S. 89, 110.
37. Oltramare, H., Un cas de réinfection syphilitique. Journ. des mal. cut. et syphil. Heft 2. S. 92.
38. Paolantonacci, P., Contribution à l'étude de la transmission de la syphilis par l'allaitement. Thèse de Montpellier.
39. Pernet, George, The differential diagnosis of syphilitic and non-syphilitic diseases of the skin. London. Adlard and Son.
40. Pérot, H., Etude sur la syphilis chez le médecin. Thèse de Lyon.
41. Piccinini, G., La legge di Colles. Policlinico. 23. Giuglio.
42. Quentin, G., Essai de l'auto-inoculation du chancre syphilitique. Thèse de Paris.
43. Rabek, L., Über die Diagnose der Syphilis infantilis praecox. Gaz. lekarska. 21. Oktober.
44. Renaud, H., Contribution à l'étude de la signification clinique du syndrome urinaire de Bence-Jones (albuminurie thermolytique); ses rapports avec la parasyphilis. Thèse de Lyon.
45. Renaut, L., De la transmission de la syphilis par l'allaitement au point de vue juridique et déontologique. Thèse de Paris.
46. Rénon, L., Etude médico-sociale; les maladies populaires (maladies vénériennes; alcoolisme; tuberculose). (Selbständig erschienen.)
47. Reynal, J., De l'imprégnation maternelle ou infection maritale. Thèse de Paris.
48. Rothschuh, E., Eine kurze Bemerkung zu der Arbeit von zur Verth: „Die Syphilis der Europäer in den tropischen Gegenden der ostamerikanischen Küste." Arch. f. Schiffs- u. Tropenhygiene. S. 72.
49. Sachs, Patient mit Lues und einem besonders auf Stirn, Hals und Nacken lokalisierten Erythema exsudativum multiforme. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 29. III.
50. Salomonsen, E., Syfilis og Livforsikring (Syphilis und Lebensversicherung). Ugeskrift f. Läger. S. 577.
51. Schäffer, Emil, Zur Lehre von der Rückenmarkserschütterung. Erwiderung an Prof. P. Stolper, Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin u. öffentl. Sanitätswesen. Bd. 29. S. 349.

52. Schirren, Geschlechtskrankheiten in Kiel und Umgegend für die Jahre 1901 bis 1903. Mediz. Ges. in Kiel. 7. 1.
53. Sobernheim, Ein Beitrag zur Kenntnis der fieberhaften tertiär-syphilitischen Organerkrankungen. Therap. d. Gegenw. S. 486.
54. Stelwagon, H. W., Remarks on the destructive skin diseases: epithelioma, lupus vulgaris, and syphilis. Amer. Medicine. 22. April.
55. Stévenard, L., Le secret médical et la syphilis. Thèse de Paris.
56. Stolper, P., Syphilis und Unfall. Monatsschr. f. Unfallheilk. Oktober.
57. Taylor, Robert W., A practical treatise of genito-urinary and venereal diseases and syphilis. London. Henry Kimpton.
58. Thibierge, G., Sur les relations du vitiligo et de la syphilis. Ann. de dermatol. et de syph. Févr.
59. Tyrman, Josef, Echinococcus cysticus multiplex der Leber. Rezente Lues. Operation. Heilung. Wiener med. Wochenschr. S. 2067.
60. Vortisch, Hermann, Statistik und Bericht für das 1. Halbjahr 1894 der ärztlichen Mission auf der Goldküste. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhygiene. S. 346.
61. Wechselmann, Wiederhervortreten einer Tätowierungsfigur nach deren Entfernung durch ein syphilitisches Exanthem (mit Diskussion von Rosenthal). Verhandl. der Berliner Dermatol. Ges 14. 111.
62. Welander, E., Bidrag till de veneriska sjukdomarnas historia i Sverige. Stockholm.
63. Willson, R. N., Syphilis with late or absent secondary eruption. New York med. Journ. 20. Mai.
64. Zerenine, V., Ein Fall von Syphilis maligna. Med. obozr. 64, 19.
65. Zur Syphilis-Statistik. Dermatol. Zeitschr. S. 275.

Während die allgemeine Statistik der syphilitischen Erkrankungen noch völlig versagt, ist die Statistik betreffs bestimmter Stände oder örtlich begrenzter Bevölkerungsschichten ergiebiger. Buraczynski (Wiener Dermatologische Gesellschaft) beziffert die Durchschnittszahl der jährlichen venerischen Erkrankungen in der österreich-ungarischen Armee auf 18000, davon $^2/_6$ Lues, $^1/_6$ Ulcus molle. Die Zahlen bedürfen der Ergänzung durch die wegen sonstiger Erkrankungen anderweitig behandelten Geschlechtskranken und die verheimlichten Fälle. Örtlich variiert die Erkrankungsziffer entsprechend der Handhabung der Prostituiertenkontrolle. Belehrende Vorträge für Rekruten nnd Reservisten sowie in den Kadettenschulen, nnd Untersuchungen bei den Kontrollversammlungen werden empfohlen.

Schirren (52) berichtet an der Hand von ärztlichen Zählblättern über die Statistik der Venerie in Kiel und Umgebung; auf 164408 Einwohner kommen 3276 gemeldete Geschlechtskranke, 920 syphilitische, 2326 gonorrhoische. Dazu kämen die von Kurpfuschern behandelten und die von Ärzten nicht gemeldeten Kranken.

Von den ansässigen Kranken sind 71 männlichen, 29 weiblichen Geschlechts. Werden Militär und Schiffswerftbevölkerung hinzugerechnet, so verschiebt sich das Zahlenverhältnis noch mehr zu ungunsten der Männer. Dazu kommen wenigstens 2,2 % kongenitaler Lues auf die Gesamtzahl der Geburten. Extragenitale Infektion, sowie gonorrhoische Augeninfektion scheint im Rückgang begriffen. Der sanitäre Vergleich zwischen geheimer und kontrollierter Prostitution fällt wesentlich zugunsten der letzteren aus. (G.)

Man gewinnt auf Grund von Falks (15) Schilderungen eine annähernde Vorstellung von der Verbreitung der venerischen Krankheiten in der russischen Armee während des russisch-japanischen Krieges, wenn man erfährt, dass allein in das vierte Charbinsche Feldspital im Laufe eines Jahres 10000 Geschlechtskranke anfgenommen wurden, d. h. täglich 40 nene Fälle. Darunter befanden sich viele schwere Fälle sekun-

därer und tertiärer Lues. Die bei Lues meist angewandte intramuskuläre Injektion von Salizylquecksilher hewährte sich gut. Ulcus molle und Buho waren häufig. Die Gonorrhoehehandlung war aus Geldrücksichten nur sehr primitiv. Bei 20 Fällen von Pustula maligna lieferten tiefe Karholinjektionen gute Resultate; desgleichen Ichthyolhehandlung bei Erysipel. Skorhut, Scahies, Furunkulosis, Impetigo, Ekzem, Psoriasis, Erythema exsudativum multiforme und Erythema solare waren häufig. Der therapeutische Schatz für Hautkrankheiten bestand fast nur in Borsäure und Vaselina alha. (G.)

Doctor (9) hetont die Wichtigkeit der gonorrhoischen Infektion hinsichtlich ihrer ausserordentlichen Verhreitung, sowie ihrer häufigen und mannigfaltigen, direkten und indirekten Folgen. Die ohige Frage heantwortet er dahin; die Syphilis stiftet ausserhalh der Ehe und bei den Männern, der Tripper innerhalh der Ehe und bei den Franen mehr Unheil und Verheerung, wenn auch nicht im Menschenlehen, so doch in den Werten des Lehens, in Gesnndheit und Lehensglück. (G.)

Chworostansky (8) beschreibt ausführlich mit Tafeln die Tätigkeit der syphilitischen Krankenhäuser des Woroneschkreises. Die Arbeit ist für ein Referat nicht günstig. Nach Verf. ist die Syphilisverhreitung auf dem Dorfe unhekannt. Dieselhe soll im Uhrigen viel grösser, als es die Amhulatoriumsbewegung zeigt, sein. Deshalh sind Familienlisten für eine genaue Charakterisierung der Volkssyphilisation notwendig. (S.)

Der Zweck der Mitteilung Montgomerys (33) ist, auch auf die Indifferenz vieler Ärzte bezüglich der syphilitischen Ansteckung hinzuweisen, der sie leicht in ihrem Beruf ausgesetzt sind. (W.)

Es hesteht durch die Lues eine Gefahr, der der Arzt fortwährend ausgesetzt ist, und gegen die nach Montgomerys (34) Zeugnis bei den Berufsgenossen eine üherraschende Gleichgültigkeit herrscht. Die einschlägige Literatur ergiht, dass in der Gehurtshilfe die Ansteckungsgefahr von dieser Seite hesonders gross ist. Der Arzt sollte sich daran gewöhnen, sich die Hände nach jeder Untersnchung ahzuspülen; allzustarkes Scheuern vermehrt, dnrch Verletzung des Epithels, nur die Gefahr. Wahrscheinlich ist Verdünnung des syphilitischen Giftes im Verhältnis von 1 auf 500 zur Unschädlichmachung genügend. Fournier hat Schanker des Auges hei Ärzten heobachtet, hervorgerufen durch das Sputnm von Patienten; man sollte hei der Untersuchung seitlich vom Patienten stehen, um durch schnelles Answeichen dieser Ursache der Ansteckung zu entgehen. (Ch.)

Stolper (56) der Verf. der verdienstvollen Arheit „Syphilis und Trauma“ (Zeitschrift für Chirurgie 1902) hetont znnächst die versicherungsrechtliche Bedeutung der Beziehungen zwischen Syphilis und Trauma. Er erinnert in dieser Hinsicht an die zum Teil erfolgreichen Syphilisprovokationen durch die verschiedensten Mittel, an die häufige Lokalisation syphilitischer Eruptionen an Druckstellen, sowie an die zwar keineswegs regelmässigen operativen Misserfolge hei Luetischen. Allerdings ist nicht zu verkennen, dass auch der durch Trauma nicht beeinflusste Ahlauf der im wirklichsten Sinne konstitutionellen Erkrankung, soweit er sich in nachweisharen Veränderungen änssert, mit und ohne antiluetische Behandlung zahlreiche noch völlig unaufgeklärte Verschiedenheiten aufweist. Infolgedessen kann der exakte Nachweis nicht erhracht werden, dass ein Unfall gegebenenfalls durch hestehende Syphilis verschlimmert, oder dnrch den Unfall eine latente Syphilis florid oder generalisiert worden ist. Trotzdem ist es für die Versicherungspraxis

erforderlich, zu diesen Fragen im Einzelfalle, gestützt anf den gegenwärtigen Stand der Gesamterfahrung Stellung zn nehmen, ohne dass eine für alle Fälle gültige These deshalh anfgestellt werden kann.

Zweifellos vermag der Unfall einen Locus minoris resistentiae zu schaffen, an welchem eine vorher oder nachher erworhene Syphilis leichter als anderswo zn luetischen Eruptionen führt. Stolper erläutert diese Tatsache an mehreren Fällen seiner Erfahrung und erörtert in diesem Sinne auch die Diskussion der rheinisch-westfälischen Augenärzte in Düsseldorf (3. II. 05, klinische Monatshlätter für Angenheilkunde, März 1905) über das Thema: Vermag ein Trauma eine auf konstitutioneller Grnndlage heruhende Angenentzündnng anszulösen? (Perlia.) Praktisch wichtig für die Frage „Syphilis und Tranma" ist die frühzeitige Diagnose der Syphilis, erforderlich deshalh in jedem Falle von Unfall eine eingehende Gesamtuntersuchung in dieser Hinsicht vorzunehmen, stets die Möglichkeit einer syphilitischen Erkrankung nicht ausser acht zn lassen.

In diesem Zusammenhange macht Stolper auf die Bedentung unscheinharer Syphilisresidnen aufmerksam, die einzeln oft zwar nicht beweisend, in ihrer Komhination die Annahme einer Syphilis oft his zur absolnten Gewissheit wahrscheinlich machen. Besonders auch das Knochensystem ist häufig der Sitz luetischer Residuen nnd ein zentrales oder periostales Knochengumma erklärt manche Spontanfraktnr, zu deren Zustandekommen somit ein wenn auch geringfügiger Unfall nötig war. Ohne Unfall hrach der Knochen nicht, freilich auch nicht ohne Syphilis. Jedenfalls muss im einzelnen Falle sorgfältig ahgewogen werden, wieviel Schnld das Tranma, wieviel die Syphilis hat. Die Rolle des Traumas kann anch so geringfügig sein, dass ihm die Bedeutung eines Betriebsunfalls nicht zukommt.

Die praktische Benrteilung dieser Verhältnisse auf Grund sorgfältigster ärztlicher Feststellungen wird oft dem Jnristen üherlassen bleiben, speziell hinsichtlich der Frage, oh das ev. Trauma sich als Ereignis des alltäglichen Lehens oder als Unfall qualifiziert.

Andererseits wird sehr oft — so vor allem hei Gelenkverletzungen — die anf Grund diagnostizierter, gleichzeitig bestehender Lues erfolgreiche Behandlung das Dilemma heseitigen. Znm Schlusse hetont Stolper die Wichtigkeit des Skiagramms zur richtigen Beurteilung mancher luetischer Unfallkranker. (G.)

Bei einem Manne aus Horvéths (23), Praxis der vor 4—5 Jahren Lues akquiriert hatte, waren luetische Ulcera aufgetreten, welche auf antiluetische Behandlung schwanden. An dem Manne waren nun ahsolut keine Spuren von Lues mehr nachweisbar. Hierauf heiratete er. Drei Monate nach Schliessung der Ehe kam seine Fran mit nässenden Papeln der Vulva in Behandlung. Da extramatrimonialer Coitus ausgeschlossen war, nimmt Horvéth eine Infektiosität des Samens an. (T).

Einen Fall von zweimaliger Infektion mit Syphilis teilt Oltramare (37) mit. Ein Patient hatte sich 1888 mit 32 Jahren syphilitisch infiziert. 30 Tage später Primäraffekt, inguinale Drüsenschwellung, später Roseola, zahlreiche Mundaffektionen. Ein halhes Jahr später infizierte er die Frau, die in der Folge häufig an Schleimhautsyphilis litt.

1892 wurden am Patienten zum letzten Male Symptome konstatiert. Ende November 1902 nnd 14 Jahre nach der ersten Infektion, 10 Jahre nach den letzten Symptomen, neuer Schanker nach einer Infektion vor

30 Tagen. 4./IV. 1903 Schleimhautpapeln auf der Tonsille, im Juni kleinpapulöses, im Juli grosspapulöses Exanthem.

Verfasser macht besonders darauf aufmerksam, dass die ersten sekundären Symptome bei der zweiten Infektion 10 Tage nach Erscheinen des Schankers auftreten. (V.)

Grosglick (20) zitiert die Statistik und die Meinungen verschiedener Autoren. (K.)

Dezember 1904 infiziert, machte der Patient Dreyers (11) bereits zwei Injektionskuren mit je 14 Injektionen Hg. salic. durch. Trotzdem Zunahme der Erscheinungen, die anfangs Juni 1905 in starker allgemeiner Panadenitis mit Beteiligung der Mammillardrüsen, Periostitiden, Roseola bis zu Handtellergrösse und der Tendenz sich peripher auszubreiten, mit grosser zentraler dunkler Papel bestanden. Kalomelinjektionen erzielten prompte Besserung.

Auf Hellers Frage betreffs der Entstehung der vorhandenen Atrophie des Zungengrundes erwidert Dreyer, dass er nur die ausgebildete Atrophie beobachtet; Koller, der den Kranken früher gesehen, verneint das Vorausgehen von Ulzerationen. (G.)

In der Sitzung vom 8. November stellte E. Glück (18) eine 46jährige Frau vor, die vor fünf Jahren Syphilis erwarb und bei der jetzt die Gesichts- und Stirnhaut lauter Narben zeigte, die Stelle der Nase eine klaffende, in die Mund- und Rachenhöhle Einblick gewährende Höhle einnahm, Ober- und Unterkiefer teilweise fehlten, somit die Zähne ganz frei standen. Dieser Fall liefert einen instruktiven Beweis für die Lehre, dass tertiäre Symptome hauptsächlich bei Individuen vorkommen, die mit Quecksilber überhaupt nicht oder nur mangelhaft behandelt wurden, da Pat. während ihrer Krankheit überhaupt keiner antiluetischen Behandlung unterworfen war. (L.)

Der 1892 infizierte Patient von Dreyer (12), der nur spärlich und unregelmässig behandelt war, zeigte bereits 1902 erhebliche Defekte, Infiltrationen und Ulzerationen in der Nasenhöhle, Pharynx und Larynx. Infolge weiterer Vernachlässigung haben die Zerstörungen inzwischen exorbitante Ausdehnung angenommen. Kalomelinjektionen und Schwitzbäder neben lokaler Behandlung erzielten Vernarbung der Ulzerationen und leidlich gute Funktion. Rosenthal fügt hinzu, dass bei der Aufnahme die hochgradige Kehlkopfaffektion Glottisödem befürchten liess, so dass die Tracheotomie jeden Augenblick erforderlich werden konnte. Die Schmerzhaftigkeit bei Bewegungen des Kopfes besonders nach hinten begründete die Annahme, dass die Ulzerationen an der hinteren Rachenwand bis auf die Wirbelsäule sich erstreckten. (G.)

E. G., 24 Jahre alt, eine Patientin De Amicis (2), syphilitisch infiziert im Jahre 1890; 1901 fluktuierende periostale Auftreibungen in der Stirngegend, tiefgehende, von Schorfen bedeckte Geschwüre am Rumpf, an den Ohren und unteren Extremitäten, fressende Geschwüre in der Mundhöhle, miserabler Ernährungszustand, so dass Köbener, der an jenen Tagen die Klinik besuchte, den baldigen Tod des Patienten voraussagte. Da sich die Jodquecksilberbehandlung unwirksam erwiesen hatte und eine Quecksilberstomatitis sich schon entwickelt hatte, so wurde das Pollinische Pulver aus der Gasparini-Apotheke in Mailand versucht, und es wurde zuerst auf zweimal der vierte Teil des Inhaltes einer Flasche verabfolgt, bis schliesslich eine Flasche am Tage genommen wurde. Die Geschwüre wurden mit einer Aufschwemmung desselben Pulvers behandelt. Nach der ersten Woche erhebliche Besserung, nach

1½ Monat völlige Ausheilung der Erscheinnngen. Die Kranke verliess die Klinik in gutem Ernährungszustande. In der Folgezeit erwies sich das Pollinische Pnlver bei den knotig-geschwürigen Sypbilodermen und bei Knochenhautentzündungen nntzlos; da der Allgemeinzustand ein so günstiger war, wnrde die Jodquecksilberknr gut und mit Erfolg vertragen. Im Jahre 1903 heiratete die Kranke; Aborte traten nicbt auf, docb zeigten zwei Söbne spezifiscbe Hautveränderungen (Roseola, Schleimhautplaques). Ihre Mutter blieb, obwobl sie den mit flachen Kondylomen in der Mundböhle bebafteten Söhnen die Brust reicbte, frei von Anstecknng. (Collessches Gesetz). Schlussfolgerungen: a) Das Pollinische Pulver ist bei der Behandlung der malignen Syphilis ein vortrefflicbes Hilfsmittel, wenn Jod und Quecksilber nicht mebr wirksam sind. b) Es nützt besonders bei den gescbwürigen, fressenden Formen, und zwar um so mehr, je schlechter der Allgemeinznstand des Körpers ist. c) Andererseits nützt es nichts, wenn der Kranke sich in gutem Ernäbrungszustande befindet, ancb wenn er noch spezifiscbe Krankheitserscheinungen darbietet. Der Fall ist ein deutliches Beispiel für die Übertragung vom Vater aus nnd ein nener Beweis für das Collessche Gesetz. (V.)

Ein weiterer Fall De Amicis' (3) betrifft eine Frau, die bald nach der Heirat schwanger wird und nach drei Monaten eine Schwellung der Nacken- nnd Leistendrüsen bemerkt. Dabei Heiserkeit und Kopfschmerz im sechsten Monat Abort und Haarausfall, nach drei Monaten nene Schwangerschaft und wiedernm Abort; dabei schlechter Ernährungszustand, allgemeine Drüsenschwellungen, Haarschwund, Kopfweh, Gelenkschmerzen. Der Ehemann zeigt nur Drüsenschwellung. Es handelt sich dennoch um eine nicht erkannte und nicht behandelte Syphilis, die ohne irgendwelche Krankbeitserscheinungen darzubieten, die Fähigkeit der erblichen Übertragung noch nach neun Jahren behielt. Als Ausdruck der latenten Infektion ist lediglich die Drüsenscbwellung zu betrachten. Der Fall ist der dentlichste Beweis für die direkte Übertragung der väterlichen Syphilis auf die Frucht nnd von dieser auf die Mutter durch die Gebärmutter. (Cboc en retour.) (V).

Mc. Kenna (32) berichtet von einem Fall von niedrigem Fieber bei einem neunjährigen Mädchen, bei dem die Diagnose anfangs auf typhöses Fieber gelautet hatte, bei dem jedocb wegen Fehlens der Roseola, der vergrösserten Milz, andererseits wegen vergrösserter Leber, der Hutchinsonschen Zähne, Schmerzen in den Knocben, antisyphilitische Behandlnng angewandt wurde. Die Temperatur fiel innerbalb fünf Tagen bis zur Norm ab und die Scbmerzen verscbwanden. Antisyphilitische Behandlung ist bei Fieber von zweifelhafter Natur angezeigt. (Ch.)

Es handelt sich nm verschiedene Kranke Ceconis (7), die auch noch lange Zeit nach dem Verschwinden jeglicher sekundären und tertiären syphilitischen Erscbeinung mehr oder minder hohe langanhaltende Temperatursteigerungen darboten; letztere können infolge ihrer langen Dauer und infolge ihres Typus die Bedentung eines wirklichen Fiebers erlangen. Die Scblussfolgerungen des Verf. stimmen mit geringen Abänderungen mit den Resnltaten anderer Antoren, die sich mit demselben Stoff beschäftigt baben, überein. (Bäumler, Fuchter, Klemperer, Bozzolo etc.). (V.)

Hoffmanns (21) Patient zeigte drei Tage nach der Infektion (12. VIII. 1904) ein Geschwür an der Unterlippe, welches sich schnell vergrösserte nnd zu dem sich bald ein ähnliches an der Zungenspitze gesellte. Streptobazillen nachgewiesen. Drüsenschwellung gering. Auf die Diagnose Chancre mixte 11 Einreihnngen, trotzdem Vergrösserung des Lippenulcus, Aussetzen der Innnktion und Behandlung des „Ulcus molle gangraenosum" mit Chlorzinkätzungen. Darunter bedeutende Besserung, keine Indnration, Drüsenschwellung gering. Ende September 1904 Wiederaufbrechen der fast vernarbten Geschwüre unter dentlicher Induration, Auftreten eines dritten Primäraffektes typischer Form in der Kinnlippenfurche mit beiderseitiger beträchtlicher Schwellnng der regionären Drüsen. Unter 36 Innnktionen Heilung der Primäraffekte. Am 20. XII. 1904 isolierte, indurierte Papeln am linken Unterarm mit konsekutiver Lymphangitis und haselnussgrosser indolenter Kubitaldrüse. Derartige Sekundärpapeln vom Anssehen eines Primäraffektes können event. bei einer latent syphilitischen Mutter eine Ausnahme vom Collesschen Gesetz vortäuschen.

Pinkus berichtet über einen einschlägigen Fall, den er in gleicher Weise deutet.

Rosenthal führt die bei derartigen indnrierten Papeln entstehende Drüsenschwellung auf Einwirknng aller möglicher Reize zurück. (G.)

Der von Knrita (25) beobachtete Träger einer schwarz-roten Tätowierung auf dem Rücken, die vor 16 Jahren ausgeführt war, akquiriert Lues und bekommt eine allgemeine papulöse Eruption. Im Bereiche der Tätowierung fand Verf. die Papeln am zahlreichsten an den schwarzen Stellen (chinesische Tusche), relativ geringer auf der normalen Haut und gar nicht an rot (Hg. sulfur. ruhr.) bemalten Stellen. Verf. sieht hierin die schützende Wirkung des makroskopisch auch im Verlaufe der 16 Jahre wenig veränderten Zinnobers, während die Tusche einen Locus minoris resistentiae schafft. (G.)

Wie in dem vorgestellten Falle die Tätowierung dnrch das Exanthem stärker hervortritt, so beobachtete Wechselmann (61) in einem anderen Falle das erneute Sichtbarwerden der Konturen einer entfernten Tätowierung durch luetische Eruption.

Rosenthal verweist hierbei auf die häufigen Beobachtungen von Syphilis durch Reizung nnd die Analogie bei Psoriasis. (G.)

Bei der ersten Demonstration wies die Kranke Ehrmanns (13, 14) neben Erscheinungen von Psoriasis guttata und numularis und seborrhoischen, fettig schuppenden Hautflächen ein papulöses luetisches Exanthem am Stamm und im Gesicht und konfluierende breite Kondylome am Genitale auf. Nach 14 tägiger Behandlnng mit Enesolinjektionen zeigt Pat. nur noch psoriatische Hautveränderungen, während die luetischen verschwunden sind. Der Fall ist nach Ehrmann insofern von Wichtigkeit, als er zeigt, dass auf seborrhoischer Hant sowohl Psoriasis als auch Syphilis-Efflorescenzen provoziert werden, dass aber auch Psoriasis bis zu einem gewissen Grade Lues-Efflorescenzen provozieren kann, vielleicht auch umgekehrt.

Neumann bemerkt dazu, dass bei derartigen Kombinationen das Zentrum die regressiven Veränderungen der Lues, die Peripherie die progredienten der Psoriasis zeigen könne. (G.)

Die 57jährige Frau aus Fingers (17) Beobachtnng zeigt neben Erscheinungen des Pemphigus vulgaris, erythematösen und bnllösen Charakters stark destruktive Veränderungen der vorderen Nasenhöhle bei intaktem knöchernen Nasengerüst. Trotz fehlender Lues-Anamnese lassen gleichzeitig hestehende nlcerierte Infiltrate der Kopfhaut nnd pigmentierte Narben an den nnteren Extremitäten auf Syphilis schliessen. (G.)

Die Demonstration Ledermanns (27) richtet sich gegen die immer noch wiederkehrende Behanptnng, dass Qnecksilber die Ursache der tertiären Erscheinungen sei. Ledermanns empfiehlt eine Enquête betreff der vorgestellten analogen Fälle. (G.)

Holm (22) erinnert sich nicht, Fälle von Iritis und Onychia syphilitica, gruppierten papnlösen und pustulösen Syphiliden gesehen zu hahen, die nicht von charakteristischen tertiären Symptomen gefolgt waren. Die Syphilis maligna fasst er als eine Syphilis tertiaria praecox auf. Die Abhängigkeit der sogenannten „parasyphilitischen" Affektionen von einer vorausgegangenen Syphilis gibt er zu, kennt jedoch Fälle von Tabes in Familien, bei denen weder die Patienten noch deren Eltern mit Syphilis infiziert waren. Einen Überblick üher den Verlauf der Syphilis erhält man nur, wenn man ein Material besitzt, das man durch 10—20 oder noch mehr Jahre verfolgen konnte, und ein solches lässt sich nur aus der Privatpraxis herschaffen; aber ehen deshalb werden die Zahlen zu klein, um sie statistisch zu verwerten. Unter 90 Fällen von Syphilis acquisita, die Holm von 7 bis üher 30 Jahren beobachten konnte, hekamen 51 tertiäre Symptome, und zwar 37 Gummiknoten, 6 Morb. cordis, 1 Nephrit. interstit., 1 Osteitis des Kniegelenkes und nicht minder wie 16 unzweifelhaft syphilitische Nervenleiden; zu diesen letzteren, nämlich 5 Fällen von S. cerebralis, 3 S. cerebro-spinal., 4 Myelitis, 2 Cephalalgia, 2 Augenmnskelparalysen, gesellen sich 9 Fälle von Tahes und Dementia paralytica, so dass hei den 90 Patienten in allem 25mal eine Syphilis des Nervensystems auftrat. Ungefähr ein Sechstel ist den spezifischen Leiden des Zentralnervensystems nnd den Nachkrankheiten znm Opfer gefallen. Holms Erfahrungen gipfeln darin, dass der Tertiarismns viel häufiger ist, als gewöhnlich angenommen, und dass die Syphilis nngeahnte Verheerungen unter den Ergriffenen bewirkt, eine Annahme, die er auch dnrch Mitteilnngen von Lebensversicherungsgesellschaften über die Todesursachen gestützt findet. Als Ursachen eines schlechten Verlaufes der Syphilis nennt Verf. die Infektion in hohem Alter, den Alkoholismus nnd meistens schlechte Hygiene und schlechte Konstitution. Die gewöhnliche Annahme, dass keine oder unvollkommene Behandlnng im Beginn der Krankheit die schlechteste Prognose gibt, unterliegt keinem Zweifel: übrigens ist es Verfs. Überzeugung, dass die merknrielle Behandlung, sei es die chronisch-intermittierende ad modnm Fournier, sei es eine rein symptomatische, in keinem auffallenden Grade den traurigen Folgen der Syphilis, dem Tertiarismus, vorbeugt; die hygienischen Forderungen hei der Behandlung finden sicher eine viel zu geringe Beachtung, sowohl von der Seite der Patienten als der Ärzte. (R.)

Hyde (24) behandelt die Syphilis vom Standpunkte der Lebensversicherung. Verf. hetont die Schwierigkeit eines Urteils über den Prozentsatz von Todesfällen, die auf erworhene Syphilis znrückzuführen sind. Doch lässt es die Statistik des Vereinigten Staaten Census-Bureaus

als wahrscheinlich erscheinen, dass die Sterblichkeit etwas unter 2 v. H. beträgt. Die Sterblichkeit ist weniger im Eindringen der Krankheit von aussen her begründet, als vielmehr im Verlust der Widerstandsfähigkeit gegen die gewöhnlichen Todesursachen. Chronischer Alkoholismus, fortgesetzte Tabaknarkose, extreme Ermüdnng, heftige Schicksalsschläge, Armut nnd drückende Lage sind allgemein bekannte Faktoren beim tödlichen Ausgang von Syphilis. Wo diese Faktoren nicht vorhanden sind, ergibt sorgfältige Behandlung der Krankheit ausgezeichnete Resultate in 75—80 v. H. aller Fälle. Die Verheerung, die die Syphilis anrichtet, besteht jedoch hauptsächlich in der Herabsetzung des durchschnittlichen Gesundheitsstandes, da sie den Weg für das Eindringen anderer Toxine ebnet und vielleicht auch die Grundlage bildet für geistige Degeneration nnd Irresein. Die Aussicht auf längere Lebensdauer nach erworbener Syphilis wird grossenteils bestimmt durch ererbte Veranlagung, Lebensgewohnheiten und die Umgebung des Individuums. Aussicht auf längere Lebensdauer ist bei Frauen grösser als bei Männern. Der ideale Lebensversicherungsapplikant, der an Syphilis gelitten hat, soll aktive, deutliche Symptome derselben in der Jugend gehabt haben (die heftigsten Symptome scheinen auf leichte Symptome in der Jugend später im Alter zu folgen); er soll nach erfolgreicher Behandlung, mehrere Jahre von allen Anzeichen der Krankheit frei gewesen sein; soll eine ausgezeichnete Familiengeschichte, besonders mit Rücksicht auf Nervenkrankheiten haben; soll ein Leben führen, das relativ frei ist von Anstrengung und Ausschweifung im Genuss von Alkohol und Tabak. Die meisten Gesellschaften verlangen, dass vier oder fünf Jahre seit dem Verschwinden der letzten Symptome der Krankheit verflossen sind. Kein Applikant, der Syphilis gehabt hat, erhält eine Police, die ihn noch nach seinem 55. Jahr bei der Gesellschaft eingetragen sein lässt. Das häufige Auftreten von Arteriosklerose in den mittleren Lebensjahren bei solchen, die Syphilis hatten, legt es nahe, den Blutdruck dieser Applikanten zu nntersuchen, mit Rücksicht auf vermehrte arterielle Spannnng znr Zeit ihrer Applikation. (C.)

Salomonsen (50) lenkt hinsichtlich der Lebensversicherung von syphilitischen Individuen die Aufmerksamkeit darauf hin, dass die Todesgefahr in den ersten 4—5 Jahren nach der Infektion überhaupt nur gering ist. Auch die generelle Parese ist im ersten Dutzend von Jahren so gut wie unbekannt. Im Gegensatz zur gewöhnlichen Praxis ist das Hauptgewicht anf die Spätsymptome zu setzen. — Wiederholter merkurieller Behandlung (nach Fournier) darf nicht allzu grosser Wert beigemessen werden. (T.)

XXXVI.

Therapie der Lues.

Bearbeitet von **Schäffer**-Breslau, mit Beiträgen von **Grouven**-Bonn, **Lantos**-Budapest, **Selenew**-Charkow, **Török**-Budapest, **Verrotti**-Neapel (im Auftrage von **De Amicis**-Neapel), **Vörner**-Leipzig und **C. J. White**-Boston.

Literatur:

1. Alexandrysky, A. D., Nekrose des Gewebes (Eschara) nach Quecksilberinjektionen. Med. Obozr. LXIV. Nr. 19.
2. de Amicis, E., Il protojoduro di mercurio per iniezioni parenchimali nella cura della sifilide costituzionale. Soc. it. di dermat. e sifilogr., Dez. Giorn. ital. di malad. vener. e della pelle 06. Nr. 1.
3. Batus, Des injections de biiodure de chlorure dans la syphilis chez les hospitalisés. Journ. des mal. cut. et syphil. S. 881.
4. Bertier, L., De l'emploi des eaux sulfureuses dans le traitement de la syphilis. Thèse de Paris.
5. Bizard, L., Die wesentlichsten Schädigungen, welche bei den Injektionen von Oleum cinereum bei der Behandlung der Syphilis vorkommen können. Ann. de thérap. dermatol. et syphil. Bd. 5. Nr. 20.
6. Bokorny, Beitrag zur Erklärung der heftigen Giftwirkung von Sublimat. Münch. med. Wochenschr. S. 939.
7. Bosc, F. G., Essais de sérothérapie antisyphilitique. Montpellier méd.. 2. April.
8. Bossi, L. M., Di un nuovo metodo di sieroterapia della sifilide. Gazz. degli osped., 26. Febr.
9. Buschke, A., Über die Behandlung der malignen Syphilis. Med. Klinik, 22. Januar.
10. Caminas, J., De l'emploi du fer (médication adjuvante) dans le traitement de la syphilis Thèse de Paris.
11. Capart, A propos du traitement de la syphilis. Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol., 18. März.
12. Cipollina und Risso, Ein neues Serum gegen die Syphilis. Kongress der italienischen Gesellschaft für innere Medizin, Genua, Okt. und Rif. med. Nr. 11.
13. v. Crippa, Gynochrysma Hydrargyri. Pharmazeutische Zeitung. S. 824.
14. Csillag, Jakob, Akute Schwellung der Thyreoidea auf Jodkali. Wiener med. Wochenschr. S. 1627.
15. Doevenspeck, Wilh., Beiträge zur intravenösen Injektionstherapie. Intravenöse Jodkaliuminjektionen bei Syphilis. Therap. d. Gegenw. S. 547.
16. Dreser, Zur Anwendung des Jothions. Berliner klin. Wochenschr. S. 716.
17. Dreyer, Fall von Quecksilbererytbem. Allgem. ärztl. Verein zu Köln, 6. II.
18. v. Düring, E., Über Quecksilberwirkung. Münch. med. Wochenschr. S. 489.
19. Derselbe, Grundsätze der Syphilisbehandlung. Med. Woche. Januar.
20. Eichhorst, H., Über Quecksilbersepsis. Med. Klinik, 1. Jan.
21. Emery, E., Traitement de la syphilis. (Selbständig erschienen.)
22. Fontana, A., Contributo allo studio dell' ermofenile come antisifilitico. Progresso medico.
23. Fauconnet, Ch. J., Ein Fall von Glykosurie nach medikamentöser Quecksilberverabreichung. Münch. med. Wochenschr. S. 949.
24. Galewsky, Über lösliches Kalomel (Kalomelol). Münch. med. Wochenschr. Nr. 11.
25. Gaucher, E., Traitement de la syphilis. (Selbständig erschienen).
26. Glück, L., Über die merkurielle Frühbehandlung der Syphilis. Wien. med. Presse, 17., 24. und 31. Dezember.
27. Goldstein, O., Therapeutische Erfahrungen über Enesol (salizylsaures Quecksilber bei Syphilis). Monatsh. f. prakt. Dermatol. Bd. 40.
28. Gundorow, M. P., Zur Frage des Jodismus. (Thyreoiditis jodica acuta.) Arch. f. Dermatol. u. Syphilis. Bd. 77. S. 25. (Nachbemerkung S. 320).

29. Habrich, Emil, Enésol, ein neues Quecksilberpräparat zur Injektionstherapie der Syphilis. Pharmakolog. u. therapeut. Rundschau. Nr. 7.
30. Harttung, Quecksilberidiosynkrasie. Breslauer dermat. Verein., 6. VI.
31. Hübnor, Max, The best method of administering potassium iodide. Med. Record. Vol. 67. S. 494.
32. Joseph, Max, Über ungewöhnliche Entstehung eines Quecksilberexanthems. Dermatol. Zentr.-Bl. S. 2.
33. Justus, Jakob, Auf welche Weise heilt das Quecksilber die Syphilis. Orvosi hetilap. Nr. 6. Dritte Mitteilung: Über Quecksilbervergiftung.
34. Derselbe, Die Aktion des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe. III. Mitteilung: Über Quecksilbervergiftung. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 75. S. 203.
35. Derselbe, Über die diätetische Behandlung der Syphilis. Budapesti orvosi ujság. Nr. 5.
36. Kalabroa, M., Die intravenösen Injektionen in der Syphilis. Archeia iatrikes, 1. u. 15. März.
37. Kallós, E., Die Balneotherapie und Diätetik der Syphilis. Gyógyàszat Nr. 16.
38. Karpoff, P. K., Bedeutung der Harnquecksilberanalysen bei Syphilisbehandlung. Günstige Varietät der Methode von Witz. Russisches Journal für Haut- und venerische Krankheiten. T. IX. April.
39. Kilbane, E. F., The hypodermic use of the salicylate of mercury in the treatment of syphilis. Med. Record, 29. Juli.
40. Klotz, Herm. G., Intramuscular injection of insoluble preparations of mercury in Syphilis. New York Acad. of med., 19. I. (Disk.: Keyes, Morrow, Fuller, Gottheil.) Med. News, 29. April.
41. Derselbe, A plea for the use of soluble preparations of mercury in the treatment of syphilis. Journ. of cut. dis. Nov.
42. Kraus, Studien über Immunität und ätiologische Therapie der Syphilis. I. Mitteilg. (aus Sitzgs.-Ber. d. K. Akad. d. Wiss.). Wien (A. Hölder).
43. Krafting, Rud., Wöchentliche grosse Sublimatinjektionen als reguläre Syphilisbehandlung. Berliner klin. Wochenschr. S. 1234.
44. Lambkin, F. J., Remarks on the treatment of syphilis by intramuscular injection of mercury, with an epitome of 3,230 cases. Brit. med. Journ., 11. November.
45. Lane, J. Ernest, A review of some recent works on syphilis: The treatment of venereal diseases in the army. — Experimental researches on syphilis. (etc.) Practitioner. Vol. 75. S. 193.
46. Legourd, E., Les accidents consécutifs aux injections mercurielles, dans la syphilis. Thèse de Paris.
47. Le Pilenr, Deux cas d'hémorrhagies intestinales consécutives à l'administration du mercure. Journ. des mal. cut. et syphil. S. 735.
48. Deraelhe, Technik, Zusammensetzung, Dosis und Verlauf der Behandlung der Syphilis mittelst intramuskulärer Injektionen von Oleum cinereum. Ann. de thérap. dermatol. et syphil. Bd. 5. Nr. 10.
49. Lieven, A., Therapeutische Notizen zur Syphilisbehandlung. Münch. med. Wochenschr. S. 608.
50. Lifschitz, Sophie, Über die Jodausscheidung nach grossen Jodkaliumdosen und bei kutaner Applikation einiger Jodpräparate. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 75. S. 353.
51. Lipschütz, Perkutane Einverleibung von Jodverbindungen. Ges. f. innere Medizin u. Kinderheilk. in Wien, 6. IV.
52. Lipschütz, B., Über kutane Darreichung von Jodpräparaten. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 74. S. 265.
53. Loeb, Heinrich, Die Quecksilberabgabe der Mercolintschürzen. Dermatol. Zentralbl. S. 98.
54. de Luca, R. e Casagrandi, O., Tentativi di profilassi e di terapia antisifilitica con filtrati amicrobici di manifestazioni sifilitiche e con siero di cane trattato con i filtrati stessi — Giorn. it. della malattie veneree e della pelle. Fasc. 6. S. 661.
55. Malafosse, M. E., Contribution à l'étude du traitement mercuriel intensif dans les accidents graves de la syphilis par les injections de sels solubles. Arch. de méd. et de pharm. milit., November.
56. Mazza e Lombardo, Sulla dimostrazione istochimica del mercurio. Società ital. di dermat. e sifilogr. Dicembro — Giorn. it. della m. ven. e della pelle 1906. Fasc. I.
57. Pedersen, V. C., Convenient points for intramuscular injections in the treatment of syphilis. Med. Record, 2. September.
58. Pelizaeus, Zur Technik der Jodipininjektionen. Deutsche med. Wochenschr. S. 636.

59. Penzoldt, F., Quecksilberjodid-Jodkalinmlösung bei Syphilis. Therap. d. Gegenw. S. 23.
60. Pergola, M., Sulla foetesa efficacia dell' emesoter nella cura della sifilide. Atti della R. Accademia dei fisiocritici in Siena. Nr. 3.
61. Derselbe, Über die Wirkung der Sclavoschen Jodgelatine auf das syphilitische Blut. Riv. crit. d. med. clin. Nr. 20—22.
62. Peyronie, Le traitement de la syphilis chez les indigènes en Tunisie. Thèse de Bordeaux.
63. Pinkus, Felix, Die Präventivbehandlung der Syphilis. Medizin. Klinik. Nr. 10.
64. Pollio, G. und Fontana, A., Einige Untersuchungen über die sogenannte Justussche Reaktion. Gazz. degli osp. e delle clin. Nr. 1.
65. Poltawzeff, A. P., Zur Frage über die Syphilisbehandlung mit Quecksilberinjektionen. Aus der Charkower Klinik von Professor Selenew. Russisches Journal der Haut- und venerischen Krankheiten. T. X. Dezember.
66. Porter, Major F. J. W., The treatment of venereal diseases in the services. Practitioner. Vol. 75. S. 837.
67. Posadas, l. N., Sobre una causa de accidente en las inyecciones de aceite gris. Rev. de la Soc. med. argentina. Januar-Februar.
68. Quadrone, C. et Gramegna, A., Radioterapia e sifilide iniziale. Riforma med. 19. August. Nr. 33.
69. Randall, Philip N., The treatment of venereal diseases in the services. Practitioner. Vol. 75. S. 351.
70. Ravasini, Carlo und Hirsch, Ugo, Das Jothion, ein neues Jodpräparat zur perkutanen Applikation. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 74. S. 295.
71. Richartz, Heinz, Über ein perkutan anwendbares Jodpräparat (Jothion). Münch. med. Wochenschr. S. 2370.
72. Risso, A. et Cipollina, A., Ulteriori ricerche sulla sieroterapia antisifilitica. Riforma med. 18. März.
73. Rupp, E., Über eine titrimetrische Methode der Quecksilberbestimmung. Arch. der Pharmazie. Bd. 243. S. 300.
74. Derselbe und Nöll, Ph., Über die Bestimmung des Quecksilbers in organischen Quecksilberverbindungen. Arch. der Pharmazie. Bd. 243. S. 1.
75. Rusiecka, Recherches sur la fixation de la limite de la déterminabilité microchimique du mercure dans l'urine, le lait et le sang. Thèse de Lausanne.
76. Saiget, J., La douleur dans les injections mercurielles sous-cutanées. Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest. 14, 3.
77. Siebert, Conrad, Über die Natur der nach der Justusschen Methode des Quecksilbernachweises in den Geweben erhaltenen Niederschläge. (Entgegnung auf Justus' II. Mitteilung: Über die Aktion des Quecksilbers auf syphilitische Gewebe.) Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 75. S. 213.
78. Silbermann, A., Über die Abortivbehandlung der Syphilis nach dem Holländerschen Verfahren. Prakt. Vratch. 24. Dezember.
79. Simonelli, Sclavo della jodogelatina nella cura della sifilide terziaria. Atti della R. Accademia dei fisiocritici in Siena. Nr. 3.
80. Sinnhuber, Fr., Ein Fall von medikamentösem Kalomeltod. Charité-Annalen. S. 87.
81. Spiller, A case of chronic mercurial intoxication. Philadelphia neurolog. Soc. 28. 11.
82. Stern, Paula, Beiträge zur Therapie der Syphilis. Dtsch. Med.-Zeitung. Nr. 33—35.
83. Suzuki, Tokujiro, Zur Kenntnis der lokalen Veränderungen nach hypodermatischen Injektionen eines schwefelhaltigen Jodöls bei Syphilis. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 75. S. 335.
84. Thimm, P., Oleum cinereum Vasenoli. Dermatol. Zeitschr. S. 49.
85. Tomasczewski, Zur subkutanen Jodipinanwendung. Münch. med. Wochenschr. S. 2424.
86. Trahucchi, Über die Struktur der nach intramuskulären Kalomel-Injektionen auftretenden Knoten. Giorn. ital. della mal. ven. e della pelle. Nr. 6. S. 681.
87. Trimble, William, Intramuskuläre Hg.-Injektionen bei der Syphilisbehandlung. Amer. Journ. of dermatol. and genito-urin. dis.
88. Volk, Erfolge der Anwendung des Jothions. Ges. der Ärzte in Wien. 17. III.
89. Wesenberg, G., Die perkutane Jodapplikation. Therap. Monatsh. S. 199.
90. Derselbe, Jothion, ein perkutan anzuwendendes Jodpräparat. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 74. S. 301.
91. Wheeler, D. E., The treatment of chancre and chancroid. Amer. Medicine. 19. August.

92. v. Zeissl, M., Einige Bemerkungen über die Behandlung der Syphilis. Münch. med. Wochenschr. S. 1881.
93. Argentum jodatum. Pharmazeut. Zeitnng. S. 823.
94. Collaurin. Pharmazeut. Zeitung. S. 327.
95. Gynochrysma Hydrargyri. Pharmazeut. Zeitung. S.824.

v. Düring (19) tritt für eine Hg-Behandlung (Einreibungen oder Injektionen) in den ersten Jahren der Sypbilis ein, wendet sich aber gegen den übermässigen Gebraucb des Quecksilbers. Er verwirft die chronisch-intermittierende interne Hg-Behandlung, weil er von dieser Methode (namentlicb von Ricordscben Pillen) im Orient ungünstige Resultate geseben hat. Nach v. Düring soll man im allgemeinen für das erste Jahr zwei his drei Kuren, für das zweite Jabr etwa zwei Kuren (hei Fehlen von Rezidiven) geben. Dann ist oft eine weitere Behandlung nicbt mehr nötig. Zur Unterstützung der Hg-Wirkung wird aucb Decoctum Zittmanni empfohlen. (Scb.)

v. Zeissl (92) bält es auf Grund seiner Erfahrungen (Mitteilung einiger Krankengeschichten) für unzweckmässig eine Hg-Behandlung vor dem Auftreten der Allgemeinerscheinungen einzuleiten. Er glaubt, dass durch eine Präventivbebandlung die Rezidive und das Zustandekommen gummöser Erkrankungen begünstigt würde. Hg-Präparate, die langsam ausgescbieden werden, sollen keine hessere Wirkung haben und gleichfalls Rezidive begünstigen. v. Zeissl beginnt mit der Hg-Tberapie erst nach dem Abblassen des ersten Exantbems (40 Einreibungen zu 3—4 g oder 40 Injektionen von Sublimat zu 0,01 oder entsprechend geringere Anzahl von Einspritzungen eines höher %-igen Hg-Salzes). Gleichzeitig wird Jod gegehen. Bei jedem Rezidiv wieder Sublimatinjektionen. War der Patient wenigstens ein Jabr frei von spezifischen Erscheinungen, so will Verf. nacb einer nochmaligen Jod-Hg-Behandlung die Heirat gestatten. (Sch.)

Zur Vermeidung des Jodismns soll nach Lieven (49) das Jodkalium sehr stark verdünnt (wenigstens 1 g in ½ l Wasser oder Milch) genommen werden; gleichzeitig gebe man Strycbnin und Eisen. — Während einer Hg-Kur empfiehlt Lieven 1—2 Teelöffel Aachener Trinksalz früb nüchtern zu verordnen. (Scb.)

Paula Stern (82) berichtet aus dem Material der Jadassobnschen Klinik über zwei Fälle von Sypbilis, wo nach Zerstörung des Primäraffektes — trotz langdauernder Beobachtung — Sekundärerscheinungen ausblieben. — Temperatursteigerungen nach unlöslichen Hg-Injektionen wurden in etwa 45% der Fälle beobachtet und zwar bauptsächlich nach den ersten Einspritzungen. Unter den Fällen von tertiärer Sypbilis kommen aucb solche vor, die nicbt auf Jodkali, sondern erst auf Hg reagieren. (Sch.)

Buschke (9) präzisiert zunächst, hezugnehmend auf die verscbiedenen Ansichten hetreffs der Charakteristik der Syphilis maligna, seinen Standpunkt dahin, dass hei derselhen mit oder ohne ein vorausgehendes richtiges Sekundärstadium frühzeitig papulopustulöse Exantbeme und daraus — also in der Regel nicht aus gummöser Infiltration — hervorgehende Ulzerationen meist an vielen Stellen der Haut und ev. der Schleimbaut sich entwickeln. Der weitere Verlauf kann dann in normaler Weise der Ausgang in Heilung oder tertiäre Lues sein. Scbwere, zu Siechtum und Tod führende Veränderungen innerer Organe und des Knochensystems, nicht sicher stets tertiärer Art, mit Fieber und Allge-

meinstörungen können später eintreten. Der vorausgehende Schanker braucht kein phagedänischer zn sein. Wenn es auch leichtere nnd schwerere Formen der Sypbilis maligna gibt, so ist die Prognose doch stets zweifelhafter, wie hei gewöhnlicher Lues, durch den unregelmässigen, meist schwereren Verlauf nnd die Schwierigkeit der Behandlung. Die Ursache der Syphilis maligna sieht Buschke in irgend einer Prädisposition, der ein reeller Begriff nicht nntergelegt werden kann.

Betreffs der Behandlnng unterscheidet Buschke (9) 1. Fälle, welche, entgegen der meist vertretenen Ansicht, Hg zugänglich sind nnd sogar eine intensive Behandlung vertragen und verlangen; 2. solche, die gar nicht, oder nur vorsichtig oder allmählich mit Hg traktiert werden können. Für Fälle der ersteren Art — die Unterscheidung ist a priori nicht immer leicht — empfieblt Buschke in erster Linie die Behandlung mit Kalomelinjektionen nach vorheriger vorsichtiger Prüfung der Reaktionsfähigkeit mit kleinen Hg-Dosen. Der Versuch ist angezeigt bei noch leidlich kräftigem Allgemeinzustande. Intoxikationserscheinungen, die hei Kalomel sehr leicht auftreten, verlangen grössere Intervalle zwischen den Injektionen, ev. Änderung der Medikation. Vier his fünf Kalomelinjektionen à 0,1 genügen zu einer Kur; nötigenfalls werden Sublimatinjektionen oder Inunktionen angeschlossen. Jodkali, bei maligner Syphilis in hohen Dosen empfeblenswert, kann bei Kalomelinjektionen meist enthehrt werden, hei entsprechender Vorsicht aber aucb nebenher gereicht werden. An der Hand einiger Fälle seiner Beobachtung empfiehlt Bnschke generell zunächst möglichst intensive Jodkalibehandlung, bei leidlichem Ernährungsznstande Kalomelinjektionen, 1/2—1 Spritze alle acht Tage, in diffizileren Fällen vorherige explorative geringe Sublimatinjektion. In sehr schweren Fällen mit grosser Prostration und Macies wird vielleicht nur die Jodmedikation in Intervallen fortzusetzen sein. Zeitweilig sind Suhlimatinjektionen zu versuchen, die gelegentlich besser vertragen werden, als äusserliche Hg-Applikation. Die Zittmannsche Kur hat keinen hesonderen Einfluss. Pflege durch zweckmässige Ernährung und Bäder, sowie lokale Behandlung der Ulcerationen nach allgemeinen Regeln sind zu heachten. Rezidive erfordern bei den schwereren Formen, unter Berücksichtigung des Allgemeinzustandes, milde Hg-Behandlung nnd Jodkali in höheren Dosen. Bei den der Hg-Behandlung leichter zugänglichen Fällen ist die weitere Behandlung die übliche, intermittierende, unter Bevorzngung der Kalomelinjektion hei malignen Rezidiven. (G.)

Pinkus (63) hält die Frühbehandlnng der Syphilis vor Auftreten eines Exanthems nur dann für berechtigt, wenn der Primäraffekt zweifellos zu diagnostizieren ist, der Sitz desselben für den Patienten besondere Beschwerden veranlasst oder wenn wegen der Gefahr einer weiteren Verbreitung möglichst baldige Beseitigung erforderlich ist. Exzision oder Kauterisation verhindert meist das Auftreten einer allgemeinen Infektion nicht. Eine lange Beobachtungszeit ist nach einem solchen Versnch um so notwendiger, als hierdurch möglicherweise das Auftreten der Sekundärerscheinungen hinausgeschoben werden kann. (Sch.)

Glück (26) kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu dem Schluss, dass der Frühbehandlung der Syphilis mit Hydrargyrum zwar eine abortive Wirknng nicht zukommt, dass sie aber auch ohne Nachteile ist, in der Regel die Zahl und Intensität der Rezidive vermindert. Er weist den Einwand zurück, dass die frühzeitige Hg-Behandlung die spätere

Verwendung des Medikaments unwirksamer macht, und dass die unerwünschten Hg-Nebenerscheinnngen dabei häufiger auftreten. (Sch.)

In der Behandlung der Syphilis will Kallós (37) neben der Darreichnng von Quecksilber nnd Jod die Bäder nnd Anwendung balneotherapeutischer Prozeduren nicht vermissen. Die Bedentnng letzterer liegt einzig und allein in der hochgradigen Steigerung des Stoffwechsels, besonders nach warmen nnd heissen Bädern, wie auch schweisserregenden Proceduren. Auch wünscht Verf. für Syphilitiker eine einfache, doch nahrhafte Kost nnd wendet sich gegen die Kur in Lindewiese. (L.)

Das diätetische Heilverfahren bei Syphilis kann nach Justns (35) nur als Hilfsmittel betrachtet werden, welches nur in gewissen Fällen (S. maligna) die Spezifika zu ersetzen imstande ist. Alle Verfahren, welche ohne Quecksilber und Jod Heilung versprechen, sind mit grösstem Misstrauen aufzunehmen. Pflege der Haut, Regelung der Verdauung, Aufenthalt in reiner Luft sind jedoch solche hygienische Faktoren, die in der Behandlung der Syphilis niemals entbehrt werden können. (L.)

Bei vier erst 8—12 Tage kranken Syphilitikern wurden die Leistendrüsen, die Geschwüre selbst und die Milzgegend von Quadrone und Gramegna (68) der Wirkung der X-Strahlen ausgesetzt. Die Leistendrüsen liessen im Beginn eine Verkleinerung erkennen, dann aber eine Vergrösserung mit entzündlichen Erscheinungen, die Lymphgefässe des Penis zeigten Entzündung nnd knotige Verdickung, die Geschwüre Entzündung und auffällig frühe Vernarbung. An der Milz war nichts Besonderes zn bemerken. Die Radiotherapie konnte das Auftreten der Sekundärerscheinungen nicht verhindern. (V.)

Es wurden neun Versuche angestellt von de Luca und Casagrandi (54), sechs zur Prophylaxe und drei zur Therapie. Von den ersteren wurden vier mit Filtraten von primärer Syphilis, einer von sekundärer und einer von tertiärer behandelt. Die amikrobischen Filtrate von Syphilitikern (primäre, sekundäre und tertiäre), in die Gesässmuskulatur zur Prophylaxe injiziert, scheinen gegenüber der syphilitischen Infektion nnmittelbar nach der Behandlung hiermit Immunität hervorzurufen, die aber nur vorübergehend und von kurzer Dauer war (es schien sich etwa um 20 Tage zu handeln). Eine derartige Immnnität spricht nicht dafür, dass der Erreger der Infektion in das Filtrat mit übergeht, einmal schon wegen der kurzen Dauer und andererseits, weil man dasselbe Resultat mit Filtraten von nur wenigen Tagen wie mit solchen von vielen Tagen erzielt, und nicht nur von primären und sekundären, sondern auch von tertiären Krankheitserscheinungen. Die amikrobischen Filtrate von primären, sekundären, tertiären syphilitischen Erscheinungen sind, selbst wenn sie oft in die Gesässmuskulatur von Syphilitikern injiziert werden, jedes therapeutischen Einflusses bar. Das Serum von Hunden, die wiederholt mit Filtraten von primären Syphilomen, die durch Berkefeld-Filter passiert sind, geimpft wurden, übt keinerlei heilenden Einfluss aus. (V.)

Kraus (42) stellte eine grosse Anzahl von Impfversuchen an niederen Affen (Makaken) an, um die Frage der Immunität, des Inkubations-Stadiums der Syphilis, der Reinfektion an der Hand des Tier-Experiments, unter genau bekannter und beliebig variierter Versuchs-Anordnung zu studieren. Aus den Versuchen geht unter anderem hervor, dass es selbst bei lange fortgesetzter subkutaner Einverleibung des Virus nicht gelang, eine Immunität zu erzielen und bei späterer Impfung einen

Primäraffekt zu verhüten. Das von dem Menschen abweichende Verhalten der Makaken gegenüber der Syphilis-Injektion erschwerte die experimentelle Untersuchung in erhehlichem Masse (vergl. die späteren Arbeiten über denselben Gegenstand). (Sch.)

Cipollina und Risso (12) setzten ihre früheren, hereits mitgeteilten Untersuchungen weiter fort. Hunden und anderen Tieren wurde Blut unbehandelter sekundär-luetischer Patienten injiziert und später vom Versuchstier ein Serum gewonnen. Auch gelöste Blutkörperchen wurden hinzugefügt, da möglicherweise auch in diesen immunisierende Substanzen vorhanden sein könnten. Bei der weiteren therapeutischen Verwendung dieses Serums wurden günstige Resultate bei Patienten mit sekundären, tertiären und sogar parasyphilitischen (!) Erscheinungen beobachtet. Die Heilung soll schneller vor sich gehen, als bei Hg-Behandlung. Da manche Patienten Nebenerscheinungen (Schmerzen an der Injektionsstelle, Fieber usw.) bekommen, mussten bisweilen die Einspritzungen seltener gemacht werden. (Sch.)

Von Düring (18) versucht die therapeutische Wirkung des Quecksilbers dadurch zu erklären, dass er mit Hinweis auf die bekannten Schulzschen Untersuchungen eine Reizwirkung der minimalen Hg-Spuren auf das Gewebe annimmt. Er verwertet für die Erklärung der Hg-Wirkung ferner eine neuere Arbeit von Schade, der eine katalytische Wirkung des in den Organismus eingeführten Metalls annimmt. Durch diese würden Oxydationen und Reduktionen erhöht und so die durch die Syphilis bedingten Schädigungen ausgeglichen. Da bei der Katalyse die Menge der verwandten Substanz keine grosse Rolle spielt, so wäre es erklärlich, dass selbst durch minimale Quecksilberzufuhr (z. B. Verwendung des Mercolintschurzes) eine therapeutische Wirkung erzielt werden könnte. (Sch.)

Bei 40 Kranken untersuchten Pollio und Fontana (64) die Justussche Reaktion (Abnahme des Hämoglobingehaltes, der innerhalb 8—24 Stunden nach Einführung einer grossen Quecksilberdosis bis zu 10—20 Grad des Fleischlschen Hämometers sinken kann). Es wurde Kalomel versucht (eine Injektion von 10 cg), Sublimat (5 cg), Hydrargyrum thymolo-aceticum (10 cg), Hermophenyl (5 + 2 cg). Die Justussche Reaktion ist positiv, wenn die Hämoglobinabnahme über 5 Grad beträgt, sie ist indifferent, wenn sie zwischen + 5 und — 5 schwankt, und sie ist negativ, wenn sie über + 5 zeigt. Verff. schliessen, dass die Justussche Reaktion keinerlei diagnostischen Wert besitzt. (V.)

Rupp (73) gibt ein neues Verfahren zur titrimetrischen Quecksilberbestimmung an, bei dem Formaldehydlösung mit verdünnter Kalilauge, Normaljodlösung und Thiosulfat sowie Stärkelösung als Indikator zur Verwendung gelangen. Die Probe ist namentlich anwendbar für die Bestimmung des Quecksilberchlorids in den Sublimatpastillen. (Sch.)

Bei der von Rupp und Nöll (74) angegebenen Probe werden Kaliumsulfat, Schwefelsäure sowie Kaliumpermanganat verwandt. Zum Schluss wird eine Alaunlösung zugefügt und mit $^1/_{10}$ Normal-Rhodanammoniumlösung titriert. Das Verfahren erwies sich als verwertbar bei Hydrargyrum salicylicum und succinimidatum. (Sch.)

Karpoff (38) berichtet über einige Fälle, in denen Quecksilberanalysen bei Syphilisbehandlung mit Schwefelbädern wichtige Resultate gaben. Im ersten Falle wurde eine grosse Menge von Hydrargyrum während der ganzen Badekur konstatiert und die Syphilis war ohne neue Dose von Hydrargyrum geheilt. Im zweiten Falle gaben die Quecksilber-

einreihungen keinen Gehalt an Hydrargyrum im Harne und keinen therapentischen Effekt; Ersatz derselben dnrch Quecksilbereinspritzungen gab schnell therapentischen Effekt. Variierte Methode von Witz: 500 ccm des Harnes vermischt man gut mit 20 g des feinzerriehenen Kali hypermanganici. Dieses Gemisch steht his zur dunkelbraunen Färbung. Man fügt 100 ccm der chemisch-reinen Salzsäure (1,19) und darauf 150—200 ccm von Hydrogeninm peroxydatum allmählich hinzu; den Sanerstoff entfernt man durch Aufwärmen. Im heissen Harne hängt man ein langes feines Kupferblatt an. Verf. henutzt zwei Kupferblätter (das eine während der Nacht, das andere bis znm Ende der Untersuchnng, welche 18—20 Stunden dauert). Waschung mit Wasser: Austrocknen mit Papier. Lagerung der Kupferrolle ins Röhrchen und Erwärmung. (S.)

Organstücke quecksilbervergifteter Tiere und Menschen (Selbstmörder) wurden von Justus (33) in 4%iger Formalinlösung fixiert, dann mehrfach ausgewaschen nnd endlich in Wasser gebracht, welches mit H_2S frisch gesättigt ist und nentrale Reaktion aufweist. Das Gefäss wird gut verschlossen und eine Woche lang auf 70° C im Wärmekasten gehalten. Öfterer Wechsel der Flüssigkeit während dieser Zeit. Das in den Organen enthaltene Quecksilber wird zu HgS, welches unter dem Mikroskope als schwarzer Niederschlag sichtbar wird. Der Niederschlag ist in erster Reihe im Zellplasma enthalten, der Kern ist frei. In schwersten Fällen der Vergiftung enthält jedoch auch der Kern diese Körnchen. (T.)

Harttnng (30) demonstriert einen Fall von Exanthem mit ausschliesslicher Lokalisation an beiden Seitenflächen des Rumpfes in verstreuter Herdform. Schnelle Abheilung unter indifferenter Therapie. Wiederauftreten desselben Ausschlages in geringerem Masse an denselben Stellen nach der zweiten Injektion. (Sch.)

Nach Behandlung von Phthiri mit graner Salbe hekommt ein Patient Dreyers (17) ein Erythem zum Teil konfluierend, zum Teil nur auf die Follikel beschränkt. Bei Wiederholung der Einreibung das gleiche Exanthem. Verfasser betont, dass oft in solchen Fällen eine Gewöhnung an Hg eintritt, besonders hei verringerter oder modifizierter Applikationsmethode. Dasselbe trifft zu für andere Hg-Nebenerscheinungen, z. B. von seiten des Darmes. (Sch.)

Joseph (32) teilt folgenden interessanten Fall mit. Ein 36jähr. Herr bekommt ohne bekannte Ursache leichte Schwellung der Oberlippe und rechten Backe mit gleichzeitigem geringem Erythem um die Mundwinkel. Die Schwellung nimmt zu, es entstehen schliesslich vesikulöse nässende Stellen üher das ganze Gesicht, an Brust nnd Oberarmen. Da auch an den Genitalien ein solches Exanthem vorhanden war, diagnostiziert Joseph einen Arzneiausschlag. Eine Ursache ist nicht herauszufinden, his sich schliesslich herausstellte, dass der Patient sich mehrere Amalgam-Plomben hatte einsetzen lassen. Obgleich einige entfernt wurden, verbreitete sich das Exanthem weiter und erst nach Beseitigung sämtlicher Amalgamplompen Abheilung. Der Patient hatte schon früher nach grauer Salbe heftige Reizerscheinungen bekommen. Auffallend ist, dass sechs ältere Amalgamplomben keine Störung verursachten. Vielleicht hatten diese geringeren Hg-Gehalt. (Sch.)

Bericht Fauconnets (23) über einen 22jährigen Patienten, der wegen frischer Lues eine Injektion von Hg salicylicum nnd später jeden zweiten Tag Injektionen von 0,05 nukleinsaurem Hg erhält. Nach der

achten Injektion Zuckerreaktion im Urin, die nach Aussetzen der Injektionen nicht mehr nachzuweisen ist. Nach zwei weiteren Injektionen von nukleinsaurem Quecksilber und ebenso nach Sublimat (0,015) wieder Glykosurie, so dass Fauconnet mit Sicherheit eine Hg-Wirkung annimmt. Nach Aussetzen der spezifischen Behandlung kein Zucker. Der Verf. fordert auf, bei Quecksilberkuren systematisch den Urin auf Zucker zu untersuchen. (Sch.)

Bericht Eichhorsts (20) über zwei Fälle von Stomatitis mercurialis mit Exitus. Der erste Fall betrifft einen jungen Fabrikarbeiter, der infolge gewerblicher Hg-Intoxikation eine akute Entzündung der Mundschleimhaut mit nachfolgender Septikopyämie und Endokarditis bekommt. (Aus dem Blut lässt sich Staphylococcus aureus rein züchten.) Nach vier Tagen tödlicher Ausgang. Noch auffallender ist der zweite Fall. Patient mit sekundärer Lues bekommt nach 11 Einreibungen Unguentum cinereum à 5 g Stomatitis, zahlreiche Hautblutungen, hämorrhagische Nephritis. Trotz Aussetzen des Hg in kurzer Zeit Exitus. Eichhorst betont mit Recht die Seltenheit eines solchen Falles. (Sch.)

Günstige Resultate Loebs (53) bei Behandlung mit dem Beiersdorfschen Mercolintschurz (Nr. III). Er ist nicht zur ausschliesslichen Behandlung der Lues geeignet, dagegen zu Zwischen- und Nachkuren. Die hauptsächliche Resorption geschieht durch die Lunge, nur zum kleineren Teil durch die Haut. Genaue Wägungen des längere Zeit getragenen Mercolintschurzes zeigten, dass die Gewichtsabnahme — unabhängig von Witterungs- und Temperatur-Einflüssen — ziemlich konstant blieb, und dass auch nach 60 Tagen noch der Gewichtsverlust nicht geringer war, als zu Anfang. Nach dieser Zeit enthielt der Schurz noch 30,8 g Quecksilber (ursprünglich 60 g). (Sch.)

Galewsky (24) empfiehlt Kalomelol, ein weiss-graues lösliches Kalomel-Präparat, das nach Art des löslichen Kollargol hergestellt ist, zur unauffälligen Schmierkur. Es wirkt schwächer als die graue Salbe und eignet sich daher nicht für Fälle, die einer energischen oder schnell wirkenden Behandlung bedürfen. Es kann auch innerlich (in Form von Tabletten) gegeben werden, wirkt dann aber auch nur sehr mild. Zur Injektion eignet sich das Präparat nicht. (Sch.)

v. Crippa (13) empfiehlt eine im wesentlichen aus Glyzerinseifenöl, Lebertran und Gynocardiaöl zusammengesetzte Salbe mit 33⅓% Hydrargyrum. Er sah gute Resultate bei der Behandlung der verschiedenen Stadien der Syphilis (10—30 Einreibungen à 3—4 g). Das Präparat wird gut vertragen, bisweilen entsteht leichte Folliculitis. Gewöhnlich geringe Gingivitis. Nur sehr selten war eine Unterbrechung der Kur wegen beginnender Stomatitis notwendig. (Sch.)

Empfehlung des alten Ricordschen Rezepts durch Penzoldt (59). Besonders bei schwerer Spätsyphilis an Stelle von Sarsaparillendekokt soll Wasser zur Lösung genommen werden. (Hydrargyrum bijodati 0,2 Kal. jodati 10,0 Aqua dest. 300,0 dreimal täglich einen Esslöffel.) Anfangs kleinere Dosis. Am besten während des Essens zu nehmen. Behandlungsdauer 8—10 Wochen. Eventuell nach ein bis mehreren Monaten Wiederholung. (Sch.)

Entgegen den Behauptungen vieler Autoren ist nach Fontana (22) das Hermophenyl ein nur schwachwirkendes, dafür aber sehr giftiges Mittel. (V.)

Doevenspeck (15) schildert folgenden Krankheitsfall: 36jährige Patientin bekommt sechs Wochen nach der Luesinfektion Kopfschmerzen,

Krämpfe, apoplektiforme Zufälle. Nach Sublimatinjektionen schwere Stomatitis; später halbseitige Lähmnng und psychische Defekte. Der ungünstige Verlauf der Syphilis bei dieser Patientin bringt Doevenspeck auf den Gedanken bei ähnlich schweren Fällen Jodkali intravenös zu injizieren, nm eine möglichst intensive Wirknng zn erreichen. Zu diesem Zweck angestellte Vorversucbe ergaben, dass eine 5%ige Jodkalilösung im Blut weder Gerinnung hervorruft noch die roten oder weissen Blutkörperchen schädigt. Die Verwendung der intravenösen Jodkaliinjektionen (jedesmal 2 ccm einer 5%igen Lösnng) bei vier ähnlichen Fällen von Syphilis ergab nnn in der Tat gute Resultate. Nach ein bis zwei Injektionen kam der syphilitische Prozess zum Stillstand. Die Metbode ist zu verwenden in denjenigen Fällen, in denen die gewöbnlicbe Bebandlungsart nicbt scbnell genug oder gar nicht wirkt. Abgesehen von gelegentlich auftretenden, aber bald vorübergehenden Scbmerzen an der Injektionsstelle keine Nebenerscheinungen. (Sch.)

Klotz (40) empfiehlt auf Grund seiner grossen Erfahrung die Methode der unlöslicben Hg-Injektionen, die sich in Amerika auffallend wenig eingebürgert hat. Besonders geeignet ist das salizylsanre Quecksilber, aber aucb das Kalomel. Die Nebenerscheinungen sind so gering, dass die Methode sich anch für die Privatpraxis sehr eignet. (Sch.)

Trimble (87) gibt den löslichen Hg-Salzen den Vorzug vor den unlöslichen und empfieblt namentlich Sublimat, Hydrargyrum peptonatum und formamidatum. Von den unlöslichen Präparaten ist besonders Hg-Salizyl empfehlenswert. Bei Herz-, Nierenaffektionen sollen die unlöslichen Salze nicht verwandt werden. (Sch.)

Poltawzeff (65) untersuchte einige Quecksilberpräparate (Hydrargyrum benzoicum, Hydrargyrum bichloratum, Hydrargyrnm salicylicum) und gibt den Vorzug dem Hydrargyrum bibromatum, welches im Jahre 1900 von Seleneff für Sypbilisbehandlung empfohlen worden war. Hydrargyrum bibromatum enthält 55,5% Hg weniger als Hydrargyrum bicbloratum (73,7%) und mehr als Hydrargyrum oxydatum benzoicum (43,48%), Hydrargyrum bijodatum (44%) und Hydrargyrum salicylico-arsenicosum (38,46%) u. a. Den therapeutischen Effekt von Hydrargyrum bibromatum in der Syphilisbehandlung hält Verf. für den besten. Die Toxizität der Lösungen von Hydrargyrum bibromatum ist kleiner, als die Toxizität derselben von Hydrargyrnm bichloratum und anderen Quecksilberpräparaten. Injektionen sind scbmerzlos, die Lösungen konstant (Larin). (S.)

In seiner dritten Mitteilung über diesen Gegenstand ist Justus (34) weiterhin bemüht auf Grund der Untersncbung von menschlichen und tierischen Organen nach reichlicber Quecksilbereinverleibnng den Nachweis zn erbringen, wie es sich in den verschiedenen Organen verhält, und auf welche Weise es wieder ausgeschieden wird. Die experimentellen Untersuchungen wurden an weissen Mäusen und Kaninchen vorgenommen (subkutane Sublimatinjektionen). Justns glaubt nun mit Hilfe einer besonderen Reaktion in den mikroskopischen Schnitten die Anwesenheit des Quecksilbers darstellen zu können; er fand es besonders reichlich in den Nieren (namentlich Tubuli contorti), geraden Harnkanälchen, Blutgefässen. Eine besondere Affinität zum Hydrargyrnm zeigen auch die roten Blutkörperchen, Leukozyten und die Muskelzellen. Der Verf. versucht auch auf Grund seiner Präparate die therapentische Aktion des Quecksilbers zu erklären. (Vergl. die Arbeit Sieberts,

der die nach der Justusschen Methode gefundenen Niederschläge nicht als durch Quecksilber hedingt anerkennt.) (Sch.)

Zwei Beobachtnngen Alexandryskys (1), wo sich im ersten Falle eine Hämorrhagie und Gewehsnekrose nach 23 Injektionen einer 1%igen Lösung von Hydrargyrum oxydatum benzoicum und im zweiten nach vier Injektionen von 3%igem Hydrargyrum praecipitatum flavnm einstellte. Eine genaue Erklärung der Ursachen dieses komplizierten unglücklichen Zufalles kann nur durch experimentelle Untersuchungen gegeben werden. (S.)

Nach einem Résumé der bisherigen Ergebnisse aus den Arbeiten von Pollio, Kassai, Fischel, Siehert und aus einer jüngst veröffentlichten Arheit über den histochemischen Nachweis von Quecksilber in den Geweben nach der ersten Methode von Justus, berichten Mazza und Lomhardo (56) über ihre Kontrolluntersuchungen, die noch nach der alten Methode ausgeführt wurden, und über die nach dem neuen, noch jüngst von Justns selbstangeratenen Verfahren angestellten Experimente.

Beide Methoden differieren ganz bedeutend; während Justus zuerst das Hg im Organismus als Albuminat vermutete und deshalb Schwefelwasserstoff als Reagens für ungeeignet hielt, erhält er bei der zweiten Methode das Schwefelquecksilber durch direkte Einwirkung des HgS nach einfacher Fixation der Ohjekte in 4%igem Formaldehyd. Aus ihren Ergebnissen ziehen Verff. folgende Schlussfolgerungen: a) Die mit der ersten Methode gewonnenen Resultate rühren grösstenteils von dem Schwefelzink her, ferner von Schwefeleisen und Schwefel; b) die mit der zweiten Methode gewonnenen Resultate kommen auf Rechnung des Schwefeleisens und des Schwefels, vor allem aber auf Konto der Wirkung der Formaldehydlösung, auf die infolge der Sublimatvergiftung entstandenen hämolytischen Produkte, wie das Kobert schon bei Präparaten von Organen von mit Thallium vergifteten Tieren, die mit Formaldehyd behandelt wurden, heobachtet hat; c) die jüngst von Kassai zur Stütze der Justusschen Methode vorgeschlagenen chemischen Proben sind wahrlich nicht derart, dass sie den mit diesen Verfahren erzielten Resultaten eine andere Deutung zu gehen vermöchten. (V.)

Siebert (77) kommt auf Grund seiner an der Neisserschen Klinik angestellten Versuche zu dem Schlusse, dass die nach der Justusschen Methode zustande kommenden Niederschläge kein Quecksilbersulfid sind. Seine Nachprüfungen führten ihn wieder zu der schon früher aufgestellten Behauptung, dass die Niederschläge ans dem znr Fixation verwandten Zinksalz bei der H_2S-Behandlnng sich hildeten. Das so entstehende Zinksulfid ist zwar ein weisser Körper, erscheint aber in den mikroskopischen Präparaten bei durchfallendem Licht dunkel. Die Verfärbung der Organe von Tieren, denen hohe Suhlimatdosen einverleibt wurden, erklärt Siehert durch Blutaustritt. (Sch.)

Le Pileur (48) hat zur genaueren Dosierung des von ihm empfohlenen 40%igen grauen Öls eine hesondere Spritze konstruiert. Die Injektionen werden intramuskulär gemacht, wöchentlich einmal. Er behandelt die Luesfälle während der ersten vier Jahre und gibt im ersten Jahre 15, im zweiten 11, im dritten und vierten je 7 Injektionen im ganzen. Nebenerscheinungen kommen so gut wie gar nicht vor. (Sch.)

Thimm (84) hat mit Hilfe eines Gemisches von festem und flüssigem Vasenol ein graues Öl hergestellt, das nach kurzer Erwärmung

und einigem Umschütteln ein vollkommen gleichmässiges, homogenes, dünnflüssiges Präparat darstellt. Nach seinen Erfahrungen eignet es sich ausgezeichnet zur Injektion nnd vernrsacht weniger Beschwerden als die anderen löslichen oder unlöslichen Hg-Präparate. Er empfiehlt ein 30%iges Oleum cinereum Vasenoli, zusammengesetzt nach den Vorschriften Langs (jedesmal eine Dosis von 0,1 ccm). (Sch.)

Bizard (5) verwendet ein 40%iges graues Öl (mit Lanolin, Vaseline und Vaselinöl zusammengesetzt); er gibt sechs Injektionen, von denen jede 0,1 Hydrargyrum enthält. Franen erhalten 0,08. Bei richtiger Technik wnrden keinerlei Nebenerscheinungen beobachtet. (Sch.

In dem einen Fall Trabncchis (86) zeigte der nach intramuskulären Kalomeleinspritznngen entstandene Knoten schon weitgehende Involutionsveränderungen mit reichlicher Proliferation von fibrösem Bindegewebe. In dem zweiten Fall (30 Tage nach der Injektion) war ausgesprochene entzündliche Reaktion vorhanden; im Zentrum lagen die unveränderten Kalomelkristalle.

Die auffällig verlangsamte Reaktion in dem zweiten Falle ist auf die sehr wenig energische Umwandlung des Heilmittels zurückzuführen, bedingt durch den allgemein dürftigen Ernährungszustand der Kranken, der eben die schwache Reaktion der Gewebe auf die Reizwirkung des Heilmittels verursacht, endlich auch auf die Ruhigstellung des injizierten Körperteiles während der Bettruhe.

In den Muskelfasern zeigt das Myoplasma Veränderungen: die Querstreifung verschwindet, es resultiert eine homogene, gleichmässig gekörnte Masse mit Wucherung der Sarkolemmkerne. Dadurch bilden sich voluminöse Körper von dem Aussehen der Riesenzellen.

Die Myoplasmaatrophie ist aller Wahrscheinlichkeit nach die direkte Folge der akuten Vergiftung, der die Muskelfasern unterworfen sind; ihre Veränderungen müssen als eine Umkehr zum Embryonalzustand betrachtet werden. Das Auftreten von Fett in den in Mitleidenschaft gezogenen Muskelfasern ist durch die vorausgehende Atrophie bedingt und wird durch die Aufnahme von Fetttröpfchen infolge der Bindegewebsmetaplasie verständlich; es ist keine örtliche Wirkung des Quecksilberpräparats. (V.)

Krefting (43) empfiehlt nach dem Vorgange von Lucasiewicz Injektionen von 10 g einer ½%-igen Sublimatlösung mit 2% Kochsalz für die ambnlante Behandlung. Bei Franen kleinere Dosen. (Sch.)

Der Gebranch von Protojodiden bewirkt leicht Stomatitis und Enteritis. Sublimatlösungen sind nach Klotz (41) als wirksames Mundwasser zu empfehlen, und weil, wegen ihrer antiseptischen Eigenschaften, Anorexie, Gastralgie, Dyspepsie und Diarrhöe selten vorkommen. Überdies ist die Wirkung eine schnellere. Als geeignete Dosis ist ein Teelöffel einer 1 his 1½‰igen Lösung in Milch oder Wasser zu geben, der ein aromatischer Sirup zugesetzt werden kann. (W.)

Bokorny (6) stellte zur Erklärnng der Giftwirknng von Snblimat Untersuchungen an verschiedenen Algenarten an. Einwirkung einer 1%-igen Lösung hedingte sofortiges Absterben. Ganz geringe Spuren der Algen werden schon durch sehr stark verdünnte Sublimatlösungen getötet, während dies hei grösseren Mengen erst dnrch starke Konzentrationen geschieht. Verf. kommt zu dem Schluss, dass hei der Giftwirkung also eine quantitative chemische Reaktion zwischen Snblimat und dem Protoplasma vorliegt. (Sch.)

Auf der Syphilisabteilnng des Friedensspitals in Neapel wurden unter de Amicis (2) bei 22 Kranken die Protojodür-Hg-Injektionen in Anwendung gezogen. Die Verordnung bestand aus: Protojodür-Hg., feinst verrieben 1,0, sterilisiertes Vaselinöl 10.0; 1 ccm alle 5—8 Tage in die dicke Muskelschicht der Glntäen injiziert. 150 Einspritzungen wurden gemacht. Nach der zweiten resp. dritten Injektion begannen schon die Krankheitserscheinnngen sich zurückzubilden. Schlussfolgerungen: Das Mittel wird sehr gut vertragen (Fehlen aller örtlichen entzündlichen Erscheinungen, geringe Schmerzhaftigkeit, nur äusserst selten Stomatitis); bei den sekundären Hauterscheinnngen hat es sich ausgezeichnet bewährt. Die erzielten Resnltate sind den mit den sonstigen nnlöslichen Salzen gewonnenen dnrchaus gleichwertig. (V.)

Batus (3) berichtet über seine Erfahrungen mit der Verwertung von Hydrargyrumbijodat, dass er in folgender Weise verordnet:

Hydrargyr.
Natrii jodat. ā 0,4
Aqu. dest. 20,0

Es handelt sich nm ein lösliches Präparat, das wie dieses täglich injiziert wird, und zwar in der Menge von 1 ccm. Die Vorteile dieses Präparates erblickt Batns in dem Fehlen jeder lokalen Störung, abgesehen von mässigen Schmerzen nach der Injektion, dem Ausbleiben einer Stomatitis nnd in der exakten Einwirkung auf schwere Syphilisformen. (V.)

Das Enésol, ein salizylsaures Quecksilberarsen, eignet sich nach Goldstein (27) zu intramuskulären Injektionen bei der Luesbehandlung. Man gibt 15—20 Injektionen, kann aber auch bis zu 30 gehen. Abgesehen von einer relativ häufig anftretenden Stomatitis, wurde das Medikament gut vertragen. Es kommt znr schnellen Resorption, scheint aber anch rasch wieder ausgeschieden zu werden, so dass die Wirkung als mild anzusehen ist und eine Kombination mit schwer löslichen Salzen ratsam ist. Besonders gut war der Effekt der Enésolbehandlung bei maligner Syphilis und ulzerösen Spätformen; auch ist es empfehlenswert bei Syphilitikern, die infolge anderer Krankheiten geschwächt sind. (Sch.)

Habrich (29) hat das Enésol, eine Verbindung von salizyl-arsensaurem Hydrargyrum, bei 30 Fällen mit Erfolg verwandt. Das Präparat kann in gelöstem Zustand sterilisiert werden und enthält etwa 30% Hg nnd 14% Arsen. Täglich eine Iujektion von 0,5—1, ev. 2 ccm. Das Präparat wird gut vertragen, bringt die spezifischen Symptome schnell zum Schwinden und hat auch noch den Vorzug, den Allgemeinznstand des Patienten (wegen des Arsengehalts) zu heben. (Sch.)

Pergolas (60) Resultate mit Enésol sind absolut negativ. (V.)

Auf Veranlassung von Heffter und Jadassohn hat Sophie Lifschütz (50) am pharmakologischen Institut der Universität Bern eine grosse Anzahl vielfach variierter Untersuchungen über die Ausscheidung des Jod angestellt. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass nach Einnahme von Jodkali in der Elimination im Urin, sowohl nach einmaliger Gabe wie nach längerem Gebranch, keine gesetzmässige Regelmässigkeit besteht. Die Individualität spielt eine grosse Rolle, die tägliche Ausscheidung ist sehr schwankend. Immer bleiben relativ erhebliche Mengen 20—35% im Organismus zurück, resp. werden auf anderen Wegen ausgeschieden, wobei der Darm eine untergeordnete Rolle spielt.

Die Ausscheidungsdauer verläuft intermittierend und kann drei Tage bis mehrere Wochen andauern, je nach der Dauer der Jod-Darreichung. Jodismus-Erscheinungen können eintreten, ohne dass die Jod-Ausscheidung im Harn beeinträchtigt ist. — Bei Jodvasogen-Einreibung wird nur dann eine kleine Menge Jod im Urin ausgeschieden, wenn das Präparat freies Jod enthält. Die Jod-Ausscheidung im Harn ist im allgemeinen bei Einreibungen mit Jothion gering; bei wiederholter Einreibung findet eine Kumulation statt. Die Skrotalhaut resorbiert das Jod der Jothion-Präparate viel stärker, als andere Körperstellen. (Sch.)

Das von Suzuki (83) verwandte Jodöl verursachte starke Reizerscheinungen des Gewebes und infolge der mechanischen Wirkung der injizierten Massen Hohlräume in den Gewebsspalten. Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich ausser Leukozyten auch Abkömmlinge fixer Bindegewebs- und Riesenzellen. Stellenweise sah das Bild dem miliärer Gummen oder Tuberkel sehr ähnlich, wobei die Nekrose auf die direkte Einwirkung des Jodpräparates zurückzuführen war. Die Resorption erfolgt erst nach Monaten unter besonderer Beteiligung der Zellen (lebhafte Phagozytose). Suzuki setzt die durch das Jodöl bedingten Entzündungen in Parallele mit den durch Salizyl-Quecksilber bedingten und kommt zu der Ansicht, dass die in der Literatur als eine durch die Hg-Injektion provozierte Gummabildung aufgefassten Beobachtungen zu erklären sind durch die lokalen Entzündungs-Erscheinungen, die das Injektionsmittel hervorgerufen hat. (Referent kann dem nicht beistimmen, sondern glaubt, dass manche derartige spät auftretende Entzündungsvorgänge sicher spezifischer Natur sind. So beobachtete er ein von einer solchen Injektionsstelle sich weit verbreitendes tuberoulzeröses Syphilid.) (Sch.)

Gundorow (28) beschäftigt sich unter Verwertung der sehr grossen, diesen Gegenstand behandelnden Literatur mit der Frage der Entstehung des Jodismus und betont mit Recht, dass hier fast alles noch hypothetisch ist. Er spricht von drei Kategorien, nämlich der Jodvergiftung (Beteiligung mehrerer Organe und Störung des Gesamt-Organismus), dem Jodismus im eigentlichen Sinne (mehr lokalisierte Erscheinungen ohne Alteration des Allgemeinbefindens, zur sogenannten Idiosynkrasie zu rechnen) und schliesslich vom konstitutionellen Jodismus. — Er berichtet die Krankengeschichte eines Falles von Thyreoiditis nach Jodgebrauch bei einem Patienten, der vorher keine Schwellung der Schilddrüse hatte. Nach Aussetzen von Jodkali Rückgang der Schwellung.

Nachträglicher Hinweis auf einen neuerdings von Polland publizierten Fall von Pemphigus jodicus unter Mitbeteiligung der Magenschleimhaut. (Sch.)

Lipschütz (51) beschäftigt sich im ersten Teil seiner an der Fingerschen Klinik ausgeführten Arbeit mit der Frage der Resorption durch die Haut. (Geprüft wurden Jodtinktur, Jodkaliumsalben und das neue ölartige Jothion, ein Jodwasserstoffsäureester mit 70—80% Jodgehalt.) Nach seinen Untersuchungen ist massgebend für die Aufnahme der verschiedenen Jodpräparate die Löslichkeit oder Mischbarkeit mit den „Hautfetten", die Menge, Einwirkungszeit und die Grösse der verwandten Hautfläche. Bei der Verwendung mancher Vehikel wird eine sonst absorbierbare Substanz von der Haut nicht mehr aufgenommen. Dagegen hält Verf. die Bedeutung der Flüchtigkeit des applizierten Stoffes für die Absorption durch die Haut für unerwiesen. Das mecha-

nische Moment kommt nur insofern in Betracht, als durch energisches Einreiben Kontinuitäts-Trennungen der Epidermis und direktes Hineinpressen in die Haarbälge und Haardrüsen veranlasst wird. Gegenüber den bisher bekannten Jodpräparaten nimmt das neue Jothion eine Sonderstellung ein, da es schon in ganz geringen Mengen von der Haut sehr rasch resorbiert wird. Auch geht die Ausscheidung aus dem Organismus sehr schnell von statten. Die klinische Verwendung des neuen Präparates als Einreibung und Einpinselung gab sehr günstige Resultate (Behandlung von 30 Fällen mit tertiärer Lues). In einem Drittel der Fälle nur ganz geringe, schnell vorübergehende Erscheinungen von Jodismus. Das Präparat soll die interne Jodmedikation nicht ersetzen, ist dagegen sehr zu empfehlen, wenn Jodpräparate innerlich nicht vertragen werden oder wegen Schluckbeschwerden aus anderen äusseren Gründen per os nicht genommen werden können. Auch ist das Präparat gut zu verwenden, wenn eine lokale Jodwirkung erwünscht wird, da das Jothion durch die Haut selbst (nicht durch die Lungen) in den Körper aufgenommen wird. (Sch.)

Empfehlung des Jothions durch Lipschütz (52), das schnell von der Haut resorbiert wird. (Näheres siehe im Referat der ausführlichen Arbeit im Archiv für Dermatologie.) (Sch.)

Die Verabreichung kleiner Jodkalimengen verursachte bei einem luetischen Patienten aus Csillags Praxis (14) akute Anschwellung der Thyreoidea; nach Aussetzen des Mittels wieder schneller Rückgang. (Sch.)

Empfehlung eines kleinen Apparats durch Pelizaeus (58) zur Erwärmung des Jodipins in der Spritze. Das Öl soll in einer Temperatur von etwa 40 Grad injiziert werden. Der Apparat wird von Evens und Pistor hergestellt (Abbildung). (Sch.)

Tomasczewski (85) empfiehlt die Jodipininjektionen, die weder zu Reizerscheinungen noch zur Abszessbildung führen, wenn sie nach folgender Technik gemacht werden. Man injiziert in die Glutäalgegend jedesmal 20–30 ccm mit einer 10 ccm fassenden Spritze unter straffer Anspannung der Haut. Bei der Injektion muss man vermeiden, ein Blutgefäss zu treffen. Leichte Massage und Zinkoxydpflaster. (Sch.)

Bei Syphilitikern ruft die Verordnung der Jodgelatine nach Pergola (61) folgende Veränderungen hervor: a) anhaltende Steigerung des Hämoglobingehaltes, die auch noch einige Zeit nach Aufhören der Behandlung anhält. b) Zunahme der roten Blutkörperchen in den ersten 15—20 Tagen und dann Abnahme derselben, jedoch immer innerhalb der physiologischen Grenzen. c) Die gesamte Blutkörperchenmenge sinkt derart, dass sie oft die physiologischen Grenzen um ein Weniges überschreitet. d) Die weissen Blutkörperchen nehmen gewöhnlich ab, so dass sich bisweilen eine richtige Leukopenie entwickelt. e) Für gewöhnlich tritt Eosinophilie und Mononukleose auf, während die polymorphen neutrophilen Leukozyten an Zahl abnehmen. f) Die Resistenz (mittlere und kleinste) kehrt zur Norm zurück. g) Das Körpergewicht steigt. h) Zeichen von Jodismus fehlen. i) Die syphilitischen Erscheinungen verschwinden erheblich schneller, wenn die Jodgelatine subkutan in Anwendung gezogen wird. Das Präparat ist daher allen übrigen Jodpräparaten in Fällen von Jodkaliintoleranz vorzuziehen. (V.)

Simonelli (79) berichtet über die glänzenden Erfolge, die er bei Verordnung von Jodgelatine auf dem Wege des Magendarmkanals

hei einem Kranken mit tertiärer Syphilis (vereiterte Gummiknoten der Hoden) erzielt hat.

Er zieht daraus den Schluss, dass das Präparat das Jodkalium zu ersetzen vermag in Fällen, wo das letztere schlecht vertragen wird, dass es anf den Stoffwechsel einen günstigen Einfluss ansübt, nnd dass es endlich, da es vom Organismus langsamer als Jodkali ausgeschieden wird, (im Urin und im Speichel findet es sich nach 3—5 Tagen nach Aussetzen der Medikation), eine der Ursachen zu heseitigen vermag, derentwegen zuweilen die Jodkur nicht den gewünschten Erfolg erzielt. (V.)

Ravasini und Hirsch (70) empfehlen Jothion (als 20%-ige Salhe) bei Leistendrüsenentzündung, Ulcus molle, Ulcus durum, ulzerierten Gummen und Epididymitis gonorrhoica. Das Präparat ist auch geeignet Jod perkutan dem Organismns zuzuführen. Schon nach drei Stunden positive Jodreaktion. (Sch.)

Wesenherg (90) kommt nach seinen Untersuchungen zu dem Schluss, dass das Jothion rasch und reichlich durch die Hant aufgenommen wird (Überführung durch den Alkaligehalt von Blut und Lymphe in Jodnatrium). Zu empfehlen in den Fällen, in denen hei der Jodbehandlung der Magendarmkanal geschont werden soll. Das Jothion besitzt gleichzeitig eine starke Desinfektionswirkung gegenüher Eitererregern und Fadenpilzen, auch in starker Verdünnung noch entwickelnngshemmende Eigenschaften. (Sch.)

Das nene Präparat Jothion ist nach Dreser (16) geeignet zur perkntanen Einverleibnng von Jod. Es empfiehlt sich öfters kleinere Dosen zu verwenden, dagegen ist es unzweckmässig das Medikament intern oder subkutan zu geben. (Sch.)

Sehr warme Empfehlung des Jothions von seiten Richartz (71) zur perkutanen Anwendung. Es wird schnell resorbiert und ist besonders indiziert bei Üherempfindlichkeit gegenüher der internen Jodbehandlung. (Sch.)

Volk (88) empfiehlt das Jothion znr perkntanen Verwendung, da es wegen der leichten Resorbierbarkeit zur Einverleibung grösserer Jodmengen gut verwandt werden kann, auch hei solchen Patienten, die die innere Jodmedikation nicht gut vertragen. Da die Aufpinselung des reinen Präparates oft Brennen verursacht, soll man es mit Olivenöl aa oder zur Einreibung mit Lanolin und Vaseline aa, mit wechselnder Applikationsstelle, verwenden. Das Präparat ist besonders geeignet bei soporösen Patienten. (Sch.)

Empfehlung des Jothions durch Wesenherg (89) zur perkutanen Einverleihung von Jod speziell für solche Patienten, die hei kleinsten Dosen der Jodalkalien Erscheinungen von seiten des Magens hekommen. Das Präparat wird gut vertragen, auch hei langdanernder regelmässiger Anwendung, wohei nicht unheträchtliche Jodmengen dem Organismus einverleibt werden können. Eine Hautreizung ist zu vermeiden durch Verdünnung des Präparats mit Öl, Vaseline oder Lanolin. (Sch.)

XXXVII.

Lues hereditaria.

Bearbeitet von **Fischl**-Prag, mit Beiträgen von **Churchman**-Baltimore, **Krysinski**-Warschau (im Auftrage von **v. Watraszewski**-Warschau), **Schiele**-St. Petersburg, **Selenew**-Charkow und **Verrotti**-Neapel (im Auftrage von **De Amicis**-Neapel).

Literatur:

1. Babes, V. und Panea J., Über pathologische Veränderungen und Spirochaete pallida bei congenitaler Syphilis. Berliner klin. Wochenschr. S. 865 u. 1506.
2. Bertolotti, M., Tabe ereditaria tardiva per sifilide congenita. Riforma med. 28. Jan.
3. Bertrand, G., Contribution à l'étude de la syphilis héréditaire du larynx chez l'enfant. Thèse de Lille.
4. Bodin, E., Traitement de la syphilis héréditaire chez le nouveau-né par les injections mercuriolles. Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest. XIV, 1.
5. Comby, G., Syphilis héréditaire à forme ganglionnaire. Arch. de méd. des enfants. Oktober.
6. Derselbe, Un hérédo-syphilitique. Soc. de pédiatr. Déc.
7. Coulon, G., Hémorrhagies intestinales mortelles chez un nourrisson syphilitique. Arch. de méd. des enfants. Febr.
8. Fournier, E., Hérédo-syphilis de seconde génération. (Selbständig erschienen.)
9. Freund jun., Kind mit Zeichen hereditärer Lues. Wissenschaftl. Verein der Ärzte zu Stettin. 2. V.
10. Frolow, P. J., Fall von bedeutender gummöser Deformation der Knochen des Gesichtes und des Schädels beim Hereditärsyphilitiker. Russisches Journal der Haut- und venerischen Krankheiten. T. IX. 42—44.
11. Gravagna, Sifilomi primari delle mammelle. Sifilide da allattamento. Tip. Bertero, Roma.
12. Gnignon, Lésions du nerf optique dans l'hérédo-syphilis. Thèse de Bordeaux.
13. Hochsinger, Carl, Drei Fälle von hereditär-syphilitischer Schädelhypertrophie. Ges. f. innere Medizin u. Kinderheilk. in Wien. Pädiatr. Sektion. 16. 11.
14. Derselbe, Ein Fall von Polymyositis heredo-syphilitica im Säuglingsalter. Wiener med. Wochenschr. S. 1369.
15. Derselbe, Ein 20 Jahre beobachteter Fall von angeborener Syphilis. Ges. der Ärzte in Wien. 19. V.
16. Derselbe, Fall von Glossitis diffusa heredo-syphilitica. (Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien, pädiatrische Sektion. Sitzung vom 14. XII.) (Diffuse interstitielle Glossitis, die zu Makroglossie geführt hatte.) (Fischl.)
17. Derselbe, Röntgenbilder eines Falles von Polymyositis und Osteochondritis heredo-syphilitica. Ges. f. innere Medizin u. Kinderheilk. in Wien, pädiatr. Sektion. 18. V. (Disk.: Zappert.)
18. Derselbe, 20jährige Dauerbeobachtung eines Falles von angeborener Syphilis, paroxysmale Hämoglobinurie, Aortitis, Infantilismus, Tabes. Wien. med. Presse. 25. Juni.
19. Japha, Kind mit Konvulsionen infolge hereditärer Lues, welche nur durch Neuritis optica diagnostiziert werden konnte. Verein f. innere Medizin in Berlin. 23. 1.
20. Jelzina, Z. J., Ein Fall von partiellen Dystrophien auf dem Boden der hereditären Lues. Russisches Journal für Haut- und venerische Krankheiten. T. IX. Februar.
21. Kimla, Rudolf, Kongenitale latente Hypoplasieen der drüsigen Organe bei der kongenitalen Syphilis. Wiener med. Wochenschr. S. 1541, 1585, 1629, 1668, 1715, 1794, 1832, 1878, 1927, 1982, 2028, 2074, 2114, 2161, 2253, 2303, 2350, 2401, 2447, 2480.

22. Kimla, Rudolf, Latentni hypoplasie vrozené slozitych organu zlazovych pri vrozené prijici. (Über latente kongenitale Hypoplasieen bei Lues hereditaria.) Casopis lekaru ceskych, 6. 13. 20. und 27 Mai, 3. 10. 17. und 24. Juni, 2. 8. 15. 22. und 29. Juli, 5. 12. 19. und 26. Aug, 2 und 9. Sept.
23. Leiner, Hereditär-luetisches Kind mit areolärer Alopecie. Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 15. III. (Diskuss: Ehrmann, Mraček, Neumann.)
24. Derselbe, Über Haarausfall bei hereditärer Syphilis. 77. Vers. deutscher Naturforscher u. Ärzte. Abt. f. Kinderheilk.
25. Lernout, J., Symptômes de la syphilis héréditaire sans exanthème chez les nourrissons. Thèse de Paris.
26. Levnditi, Nobécourt et Darré, Syphilis congénitale et spirochète pâle. Société de biol. 17. Juni.
27. Marfan, A. B., Cornage congénital chronique; hypertrophie du thymus; syphilis héréditaire. Arch. internation. de laryngol., d'otol., et de rhinol. März, April.
28. Ménétrier, Sur un cas de septicémie à tréponèmes pâles chez un nouveau-né syphilitique. Soc. méd. des hôpit. 29. Dezember.
29. Müller de la Fuente, Fall von hereditärer Lues mit direkter syphilitischer Vererbung durch Infektion des väterlichen Keimplasmas. 34 Kongr. der Deutsch. Ges. f. Chirurg. II. Sitzg.
30. Novy, B., Syfilis a tehotenstvi. Casopis lékaru ceskych. 8. April. (Dem Colles-Beaumèsschen Gesetze nicht folgende Lues hereditaria.)
31. Ortali, Rogersche Krankheit bei Lues hereditaria. Kongr. der Italien. Gesellsch. f. innere Med. Genua. 24.—29. Okt.
32. Ovazza, V. E., Ictère et syphilis héréditaire. Arch. de méd des enfants. Juni.
33. Paschen, Demonstration von spirochätenhaltigen Schnittpräparaten einer Pneumonia alba und der Leber eines sieben Monate alten heredo-syphilitischen Fötus, sowie von Schnitten durch Primäraffekte. Ärztl. Verein in Hamburg. 12. XII. (Das Wesentliche der Mitteilung ist im Titel derselben enthalten.) (Fischl.)
34. Perlis, Vermag ein Trauma eine auf konstitutioneller Grundlage (Fall von Lues hereditaria) beruhende Augenentzündung auszulösen? 14. Vers. rheinisch-westfäl. Augenärzte. (Disk.: Nieden, Scheffels, Limbourg, Guillery, Pfulz, Plange, Thier.)
35. Petrini de Galatz, Sifilisul ereditar in prima si a doua generatiune; sifilis binaria. Bukarest.
36. Pinard, A., Prophylaxie de l'hérédo-syphilis. Ann. de gynécol. et d'obstét. April.
37. v. Poór, Franz, Über die linienförmigen Narben bei der hereditären Syphilis. Dermatol. Zeitschr. S. 207.
38. Rabek, Ludwik, Kilka stów o vozpoznawaniei weresnego dziedzicznego syfilisu. (Zur Diagnose der hereditären Syphilis rec.) Gazota lek. 41. S. 1010
39. Rheiner, G., Klinischer Beitrag zur Lues hereditaria infantum. Korresp.-Bl. f. Schweiz. Ärzte. 1. November. S. 671.
40. Richelot, Du rôle de la syphilis dans la pathogénie des hémorrhagies gastro-intestinales du nouveau-né. Acad. de méd. 9. Mai.
41. Rostaine, P., De la syphilis acquise chez les hérédo-syphilitiques. Thèse de Paris.
42. Salge, B., Die Behandlung der hereditären Syphilis des Säuglings. Berliner klin. Wochenschr. S. 690.
43. Schüller, Max, Über hereditär-syphilitische Herderkrankungen bei Kindern und die Verbreitung der protozoischen Parasiten in denselben. Dermatol. Zeitschr. S. 1.
44. Sharp, Lesions of the upper-air passages, due to hereditary syphilis. Arch. of Pediatr. Bd. XXII. S. 181.
45. Shukowski, W., Smertj noworoshdjënuswo ot krowotetschenija petscheni pri priroshdjennom sifilise (Tödliche Leberblutung eines neugeborenen Kindes bei kongenitaler Lues). Medizinskoje Obosrenie (Medizinische Rundschau). Nr. 2. (Kasuistische Mitteilung.) (Schiele.)
46. Spieler, Fritz, 12jähriges hereditär-luetisches Mädchen mit Osteoperiostitis luetica und excessivem Längenwachstum der rechten Tibia. Ges. f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien. Pädiatr. Sekt. 14 XII.
47. Stuhl, Fall von kongenitaler Lues bei einem Neugeborenen, der im klinischen Bilde der reinen lymphatischen Leukämie verlief. Medizin. Ges. in Giessen. 14. XI.
48. Swoboda, Norbert, Fall von angeblich durch die Impfung verschuldeter, auf hereditärer Lues beruhender cerebraler Hemiplegie. Ges f. innere Medizin u. Kinderheilk. in Wien, pädiatr. Sektion. 8. VI.
49. Variot, L'„hydrargyrum cum creta" contre l'hérédo-syphilis du nouveau-né. Soc. méd. des hôp. 17. mars.
50. Wilsin, W. R., Hemorrhage of syphilitic origin in the newborn. Arch. of Pediatr. Bd. XXII. S. 43.

51. Zappert, Kind mit auf hereditär-luetischer Basis beruhender Hemiplegie. Ges. f. innere Medizin u. Kinderheilk. in Wien, pädiatr. Sektion. 18. V.
52. zur Verth, Fall von spastischer Halbseitenlähmung mit Gefühlsherabsetzung infolge Lues hereditaria. Med. Ges. in Kiel. 4. II.

Im Anschluss an einen Fall von Sänglingssyphilis nnd an Endoepidemien von Syphilis, die in Italien heobachtet worden sind, kommt Gravagna (11) zu dem Schluss, dass die in die Spitäler aufgenommenen Kinder eigentlich mit einem Gesnndheitsscheine der Mntter versehen sein müssten, dass ferner in jedem Findelhans Spezialisten sein müssten; dass man als verdächtig im Auge behalten müsste die zu früh geborenen, schlecht ernährten, zu leichten, hleichen und künstlich ernährten Kinder, dass man in den Findelhäusern spezielle Säle für Syphilitiker haben müsste und sie syphilitischen Ammen znerteilen müsste; anderen Ammen dürften sie erst nach dem dritten Monat anvertrant werden. (V.)

Die sehr interessante Beobachtnng Hochsingers (18) betrifft einen 20jährigen Menschen, der seit der vierten Woche seines Lehens in den Listen der Hochsingerschen Anstalt wegen heredit. Lues geführt wird. Er ist klein, schwächlich, sehr nervös, sein Genitale erscheint schwach entwickelt, die Nasenheine verdickt, der Nasenscheidewandknorpel dünn und hiegsam, angedeutete Sattelnase, Narhenkranz um die Mundspalte und radiäre Narhen in der Wangenhaut als Reste rhagadiformer Infiltration der Lippen und der Gesichtshant in den ersten Lehenswochen. Schädel assymmetrisch, rhomhocephal, heiderseits leichte Ptosis, rechter Mundfacialis paretisch, geringer Nystagmus bei maximaler Seitwärtswendung der Bulhi. Pnpillen ungleich, längsoval, zeigen reflektorische Starre; Chorioiditis syphilitica. Fehlen der tiefen Reflexe an den oheren Extremitäten, schwacher Romherg, lancinierende Schmerzen in den Beinen, keine Sensihilitätsstörung aher Verlust der Patellar- und Achillessehnenreflexe. Gang ataktisch, Stuhl- und Harnentleerung erschwert. Am Gehiss fällt Kleinheit der Zähne und Andentung von Hutchinson-Deformität am rechten oheren mittleren Schneidezahn auf. Alle Interphalangealgelenke erscheinen verdickt. sind aber nicht schmerzhaft. (Diese Veränderung hat sich im Laufe der letzten zwei Jahre allmählich entwickelt). Grosse Gelenke der Extremitäten nnd lange Röhrenknochen ohne Veränderung. Herzdämpfnng vergrössert. hesonders der linke Ventrikel. Üher der Aorta dumpfer systolischer Ton mit folgendem Geräusch und klingender diastolischer Ton. Radialpuls voll und gespannt. Tonometer: 140. Brachialarterien anffallend hart und starr. (Sklerose der Aorta und Hypertrophie des linken Ventrikels).

Anamnese: Vater infizierte sich vier Jahre vor der Ehe. Patient ist das vierte luetische Kind. Er erkrankte in der vierten Lehenswoche an schwerer Nasen- und Hautlues und wurde sechs Wochen mit Protojoduret und Snhlimathädern hehandelt. Dann entschwand er aus der Beobachtnng und kam mit vier Jahren wieder. Damals war zuerst hei ihm paroxysmale Hämoglohinurie aufgetreten. Bei der Untersuchung des körperlich stark zurückgehliehenen und sehr anämischen Kranken fand sich ein höckeriger Lebertumor nnd Milzschwellung, Haarausfall etc. sowie der charakteristische Befund paroxysmaler Hämoglohinurie (Urin in den anfallsfreien Intervallen normal). Neuerliche Protojoduretkur hrachte die Hämoglohinurie zum Schwinden und hatte Rückgang des Leher- nnd Milztumors zur Folge.

Im Alter von 10 Jahren wurde Patient in ein Wiener Kinderspital anfgenommen, weil er schwankenden Gang zeigte, öfter umfiel, schielte nnd über heftige Kopfschmerzen klagte. Im Spital beobachtete man rechtsseitige Ptosis. Strabismus divergens, taumelnden Gang, der, weil er nur bei offenen Angen auftrat, anf Doppelbilder bezogen wurde. Die augenärztliche Untersnchung ergab eine partielle lnetische Ocnlomotoriuslähmung rechts. Fünfwöchentliche Jodbehandlung besserte den Zustand ganz wesentlich.

Nach zwei Jahren sah Hochsinger den Patienten wieder; derselbe litt damals an Enuresis diurna, die später spontan verschwand. Um diese Zeit konnte auch znm ersten Male Herzhypertrophie und ein systolisches Geräusch über dem Mannbrium sterni sowie Akzentuation des zweiten Aortentones, Härte und Starrheit der peripheren Arterien konstatiert werden. Jodnatrium brachte eine leichte Besserung dieser Zustände.

Im 17. Jahre stellte sich der Kranke wieder vor und Hochsinger konstatierte bei ihm einen auffallenden Infantilismns (Kleinheit der Gestalt, fehlende Behaarung der Pubes, kleine Testikel) sowie leichte Facialisparese. Als neue Symptome fanden sich ferner reflektorische Pnpillenstarre und Fehlen der Patellarreflexe.

Auch dieser Fall zeigt wieder, dass die späteren Schicksale lebendgeborener und lebensfähiger kongenital-lnetischer Individnen wesentlich von der Behandlung ihrer Lues in der Sänglingsperiode ahhängen.

Bezüglich des Infantilismus spricht Hochsinger die Vermutung ans, ob nicht ein Zusammenbang mit der allgemeinen Gefässerkrankung bestehe. Die Affektion der Fingergelenke muss auf Grund der skiagraphischen Untersnchung als eine solche der Synovialmembranen (Arthromeningitis bypertrophicans syphilitica) aufgefasst werden. Der Zusammenbang der paroxysmalen Hämoglohinurie mit Lues ist ziemlich häufig nnd war in allen bisherigen Beohachtungen Hocbsingers vorhanden.

Auch Aortitis und Arteriosklerose syphilitischer Natnr hat Hochsinger mehrfach gesehen und glaubt, dass die Veränderungen im Zentralnervensystem bei dem Patienten sich auf dieser Basis entwickelt hahen. Aucb in diesem Falle war, wie so oft bei infantiler Tabes, Blasenstörung das erste Symptom der Erkranknng. Die Augenmnskellähmung im 11. Lebensjahre hält Hochsinger für den Ausdruck von Hirnsyphilis nnd nicht für mit der Tabes im Zusammenhang stehend.

Die lange Beobachtungsdauer nnd genaue Verfolgung des Patienten gestatten es, den para- und metasyphilitischen Charakter der bei demselben konstatierten paroxysmalen Hämoglobinurie, Arteriosklerose, des Infantilismus und der Tabes sicher zu behaupten. (F.)

Die Haut unterliegt nach Rabek (38) bei Kindersyphilis bedeutenden Veränderngen. Sie erscheint blass, anämisch, nimmt eine leichenähnliche und bräunliche Färbnng an, hesonders an Stellen, wo Eruptionen schon verschwunden sind. Weiter erscheint sie hart, wenig elastisch, was hanptsächlich um die natürlicben Öffnungen herum sichtbar ist. Sie erscheint auch wachsartig und wie lackiert. Diese Symptome treten früher als die spezifischen Eruptionen auf und persistieren nach Verschwinden dieser letzteren. (K.)

7 Wochen altes schwächliches Kind ans Rbeiners Beobachtnng (39) mit maknlösem Syphilid nnd sonstigen luetischen Hautsymptomen. In der vierten Lebenswoche Ahnahme der willkürlichen Beweglichkeit

beider Arme und des linken Beines, welche schlaffe Lähmung darbieten und bei passiven Bewegungsversuchen Schmerzäusserungen erwecken. Deutliche Anschwellung der betreffenden Diaepiphysärgegenden. Nach Kalomel rasche Besserung. Also typische Osteochondritis mit Pseudoparalyse. Das Kind, welches Rheiner acht Monate nach Schwund der Lähmungserscheinungen wiederzusehen Gelegenheit hatte, bot ausgezeichnete körperliche Entwickelung und keine Spur syphilitischer Symptome dar. Im Anschlusse an diesen recht gewöhnlichen Fall bespricht Rheiner die verschiedenen differentiell diagnostisch in Betracht kommenden Lähmungsformen und weiterhin die Therapie und Prognose der kongenitalen Lues, ohne hierbei etwas wesentlich Neues zu bringen. (F.)

Schüller (43) hat schon früher über die Protozoenbefunde in Organen und Gewebssäften kongenital und akquiriert luetischer Natur berichtet und teilt jetzt weitere Ergebnisse bei 62 Kindern, von denen 41 unter ein Jahr alt waren, mit. Es handelte sich um Fälle von Pemphigus, pustulösem Exanthem, breiten Kondylomen, subkutanen und intramuskulären Abszessen, Gummiknoten, hereditär-luetischen Affektionen der Knochen und Gelenke (deren syphilitische Natur übrigens durchaus nicht immer sicher zu sein scheint, Ref.). Die Herde wurden entweder steril punktiert oder inzidiert, eventuell auch exstirpiert und teils frisch, teils nach Aufbewahrung im Brutschrank untersucht. Auch Schnittpräparate gelangten in gefärbtem und ungefärbtem Zustande zur Exploration.

Im flüssigen Inhalte der Pemphigusblasen fanden sich die Parasiten niemals (!); hingegen waren dieselben in den subkutanen, intramuskulären, subperiostalen etc. Abszessen konstant nachweisbar und liessen sich daraus auch züchten. (Bezüglich des Aussehens, der Entwickelungsstadien und des Wachstums dieser Gebilde muss auf die Beschreibung und die dem Aufsatze beigegebenen zahlreichen Bilder verwiesen werden). Auch die exstirpierten in Alkohol gehärteten und in Celloidin eingebetteten Gummiknoten (?) der hereditären Syphilis liessen die beschriebenen Protozoen in Schnittpräparaten deutlich zur Ansicht gelangen. Ebenso waren dieselben in der Synovialis luetisch entzündeter Gelenke regelmässig und reichlich zu finden und wurden auch in den spezifisch erkrankten Lymphdrüsen zur Darstellung gebracht. Bei einem mit den Parasiten infizierten Kaninchen war Schüller in der Lage, in den Nieren und der Leber lebende und proliferierende Protozoen nachzuweisen. Er erklärt dieselben wegen ihres konstanten Vorhandenseins und charakteristischen Aussehens für differentiell-diagnostisch überaus wichtig und behauptet, in der Lage gewesen zu sein, klinisch als tuberkulös imponierende Knochenprozesse als luetisch zu erkennen. (Ob ihm dabei nicht doch kleine Irrtümer passiert sein mögen? Ref.) (F.)

Babes und Panea (1) sezierten einen vier Wochen alten Knaben, der von einer luetischen Mutter stammte, und an einer hämorrhagischen Form der kongenitalen Syphilis mit kopiöser Epistaxis gestorben war. In der Haut fanden sich hämorrhagische Infiltrationen und kleine Ecchymosen, ferner bestand Verdickung der Nabelgefässe und derbe ödematöse Infiltration des subkutanen Gewebes. In der Bauchhöhle zwei Liter Serum, die Ränder der oberen Nasenmuscheln hämorrhagisch infiltriert, in den unteren Lungenabschnitten hämorrhagische Herde, derber Lebertumor, starke Milzschwellung, Pankreas induriert, Nebennieren vergrössert, dunkelrot, Osteochondritis an den unteren Femurdiaphysengrenzen. Aus

Milz und Herzblut liessen sich Streptokokken züchten. In Blutpräparaten reichlich Spirochäte pallida. Das Blut selbst hot leukämischen Charakter dar. Die histologische Untersnchung der Organe erwies den charakteristischen Befund kongenital-luetischer Veränderungen.

Ein kurz darauf zur Sektion gelangter, unter ähnlichen Erscheinnngen bald post partum verstorbener Fall zeigte analoge Befunde, nur fehlten die Spirochäten im Blute. Ein dritter Fall betraf ein fast unmittelbar nach der Gehurt verstorbenes Mädchen mit Pemphigus. Bei diesem konnten die Spirochäten im Herzblute, Konjunktivalsekret, Arachnoidealflüssigkeit, Lungen, Nieren, Milz, Leber- und Lymphdrüsensaft nachgewiesen werden, während ihre Darstellung in Schnittpräparaten nicht gelang.

Ein Zusammenhang zwischen Stärke der Veränderungen und Reichlichkeit des Spirochätenfundes war unzweifelhaft, so dass die Autoren daraus auf eine ätiologische Beziehung der Spirochäte zur Lues schliessen.

Im Anhang wird das Mikrophotogramm eines Spirochätenpräparates aus der Nebenniere eines der Fälle reproduziert und berichten die Autoren, dass ihnen nunmehr nach Verbesserung ihrer Technik der Nachweis derselben auch in Organschnitten gelungen sei. (F.)

Die Therapie Salges (42) hei erst einige Wochen post partum luetische Symptome darbietenden Säuglingen besteht in Hg-Behandlung. Die Verabreichung von Sublimatbädern ist sehr bequem, hat jedoch nur in jenen Fällen Aussicht auf Erfolg, in denen die Haut mehrfach wund und exkoriiert ist. Man kennt aher nicht die Menge des resorbierten Quecksilbers, und andererseits ist es misslich, das schwere Gift in so starker Konzentration Laien in die Hand zu geben.

Die Schmierkur empfiehlt Salge nur hei ganz intakter Haut, da bei ihr intensive Ekzeme auftreten, die schwer heilen (so etwas habe ich trotz sehr ausgedehnter und langjähriger Erfahrung niemals beobachtet, Ref.), besonders bei Verwendung der gewöhnlichen grauen Salbe. Besser ist Hydrargyrum colloidale 1,0, Lanolin 30,0 auf zehn Kapseln verteilt, welches die Haut weniger reizt (gerade von dem Credéschen Präparat sah ich nur sehr geringe Beeinflussung der syphilitischen Symptome, Ref.).

Die einfachste Darreichnngsform ist die innerliche. Doch ist Kalomel wegen seiner abführenden Wirkung in grösseren Dosen nicht anwendhar. Von Hydrargyrum jodatum flavum giht Salge 0,005—0,01 zweimal täglich.

Geradezu als ideal hezeichnet er die Spritzkur nach Imervol. Dieser empfiehlt 0,002—0,004 Sublimat pro dosi je nach dem Alter und Schwere der Erkrankung, eine Injektion pro Woche, im ganzen 3—4, die nach einiger Zeit wiederholt werden. Das Rezept lautet: Sublimati 0,2, Natrii chlorati 0,2, Aqua destillat. 10,0. Je einmal wöchentlich 1/10 ccm injizieren und zwar in den äusseren oberen Quadranten einer Hinterbacke intramuskulär, jedesmal eine andere Seite wählend. Schmerzhaftigkeit gering, keine üblen Folgen; Salge sah weder Abszesse noch stärkere Infiltrationen, nur um die Einstichstelle hildet sich eine kleine Verhärtung, die nach einigen Wochen schwindet.

Am hesten eignen sich Glasspritzen mit eingeschliffenem Glasstempel, der, da er ganz eben ist, genaue Dosierung gestattet. Die Einstichstelle bedeckt man mit Heftpflaster. Die gewöhnlichen Kuren dauern sechs Wochen, die Imervolsche höchstens vier Wochen und wird im zweiten und im dritten Jahre wiederholt.

Die lokalen Symptome werden in gleicher Weise behandelt wie bei Erwachsenen, nur der luetische Schnupfen macht eine Ausnahme. Salge behandelt ihn mit Einblasungen von Kalomel (1 : 20) oder Tampons mit roter Präzipitalsalbe oder Bepinselung mit Argentum nitricum oder Hydrargyrum colloidale. Symptomatisch sehr wirksam sind auch die Nebennierenpräparate. Entweder die käuflichen Soloid-Hemisintabletten, von denen eine in 5 ccm Wasser oder Kochsalzlösung gelöst eine 1 ‰ Konzentration gibt, oder ein anderes Präparat. Man tränke damit Wattetampons und führt sie in die Nase ein (mehrmals täglich). Besonders bei Brustkindern zu empfehlen, um ihnen das Trinken zu erleichtern.

Stomatitis mercurialis ist bei Säuglingen sehr selten; viel gefährlicher sind Schädigungen des Darmes durch Quecksilber. Ihr deutlichstes klinisches Zeichen sind schleimig-blutige Stühle. Aber auch dies kommt selten vor, am ehesten noch bei Anwendung von Sublimatbädern bei stark wunder Haut.

Salge hält das luetische Kind für physisch minderwertig und glaubt, dass die Syphilis die Ernährungsbedingungen des Organismus verschlechtert. Je energischer die Behandlung und je besser die Ernährung, desto günstigere Erfolge wird man erzielen. Daher ist es notwendig, dass die Mutter ihr Kind selbst stillt. Die Anlegung desselben an die Brust einer gesunden Amme ist selbstverständlich auf jeden Fall unstatthaft. (F.)

Jelzina (20) berichtet über einen 1½ jährigen Knaben, bei welchem Syphilis hereditaria durch direkte (Papeln) und dystrophische Heredität sicher schien, und welcher im Krankenhause starb. Die Dystrophien waren folgende: Front en carène, Defekt an der Scheidewand des Herzens, Nierenaffektion, Verhinderung der physischen Entwickelung, geringer Lebenswiderstand, Infantilismus. (S.)

Die latenten kongenitalen Hypoplasien bilden eine ununterbrochene Reihe, auf der einen Seite mit den Aplasien beginnend, auf der anderen mit der vollendeten normalen Entwickelung endend. Je früher die Störung einsetzt, desto näher rückt ihr Effekt an die Aplasien und umgekehrt.

Kimla (21) hat dieses Gebiet schon in früheren Arbeiten betreten (in seinen Publikationen über zystische Degeneration der Drüsenorgane, kongenitale Bronchektasie, kongenitale Hydronephrose etc.), und rechnet auch die kongenitalen latenten Hypoplasien bei hereditärer Lues in diese Gruppe. Kimla ist auf Grund eingehender Untersuchungen zur Überzeugung gelangt, dass das syphilitische Virus vor allem einen hemmenden Einfluss auf die Entwickelung des Keimes, speziell aber auf die Entwickelung der drüsigen Organe übt. Die Beurteilung dieser Verhältnisse gestaltet sich durch die häufige Kombination mit sekundären, namentlich septischen Veränderungen oft recht schwierig. In den letzten Jahren haben bekanntlich auch eine Reihe anderer Autoren Befunde gemacht, welche die hypoplastische Natur vieler Veränderungen bei kongenitaler Lues nahelegen und sich namentlich auf die Nieren und Lungen beziehen, während Kimla selbst den gleichen Charakter des pathologischen Baues auch für die Leber, das Pankreas, die Geschlechtsdrüsen und den Magendarmkanal konstatieren konnte.

Seiner Studie liegen 72 Fälle zugrunde und zwar Föten, Totgeburten, unausgetragene Lebendgeburten, ausgetragene Kinder im Alter bis zu einem Monat und solche im Alter von mehr als einem Monat.

Die kongenitale latente Hypoplasie ist eine sehr wichtige Erscheinung der angeborenen Syphilis, doch kann man nicht behaupten, dass sie sich nur bei dieser findet. Sie bildet neben der Erkrankung der Plazenta und der Nabelschnur eine der wichtigsten Ursachen für das frühzeitige Absterben der Frucht und ist die anatomische Grundlage der kongenitalen Debilitas und Lebensunfähigkeit.

In der Leber sind es namentlich zwei Formen von Veränderungen, die Kimla als hypoplastische auffasst, die „Infiltration embryonnaire généralisée" der französischen Autoren und die Hepatitis pericellularis. Erstere ist der Ausdruck gesteigerter Hämatopoëse seitens der Leber und Bestand dieser Funktion über die normalen Zeitgrenzen hinaus unter dem entwickelungshemmenden Einflusse des Syphilisgiftes. Dabei kommt es in schweren Fällen zur Umwandlung der interparenchymatösen Hämatoblasten in Leukozyten. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass dieser Zustand gewisse Beziehungen zur Anämie kongenital-luetischer Kinder hat.

Was nun die produktive Hepatitis anlangt, deren wichtigste Typen die Hepatitis pericellularis, die fibröse Sklerose im Bereiche des Leberhilus, die Peripylephlebitis productiva fibrosa und die Cirrhosis hepatis simplex darstellen, so erklärt Kimla den erstgenannten Typus gleichfalls für einen hypoplastischen Zustand, der in der Weise entsteht, dass die Proliferation der Epithelien und die Entwickelung der Anastomosen zwischen den Leberläppchen sowie die Bildung der Gallengänge gehemmt erscheinen, während die Mesenchymzellen übermässig wuchern, woraus eine diffuse Durchdringung des unfertigen Parenchyms und des zelligen gleichfalls noch nicht definitiv angeordneten Mesenchyms resultiert. Betreffs der übrigen Typen fehlt es Kimla noch an genügendem Untersuchungsmaterial, weshalb er die Entscheidung über ihre Genese nicht fällen will. Übrigens gibt er die Möglichkeit echter entzündlicher Affektionen der Leber bei kongenitaler Lues ohne weiteres zu.

Auch die diffuse Pankreasinfiltration hält Kimla für hypoplastisch und erklärt sie in ähnlicher Weise wie die Hepatitis pericellularis, also durch Mesenchymwucherung auf Kosten der in ihrer Entwickelung gehemmten eigentlichen Drüsenelemente.

Gleiches gilt von der sogenannten Pneumonia alba und den diffusen und plaquesförmigen Verdickungen der Magendarmwand.

Bezüglich der Veränderungen an den Nieren ist ja dieser Standpunkt bereits von mehreren Autoren vertreten worden, und findet die Ansicht Kimlas gerade darin eine wesentliche Stütze.

Den gleichen Charakter der Affektion sucht der Verf. auch für die an den Keimdrüsen, den Nebennieren und in der Thymus kongenital-luetischer Kinder vorhandenen Veränderungen festzustellen.

(Die der gross angelegten und an neuen Gesichtspunkten reichen Arbeit zugrunde liegende Idee ist gewiss eine gesunde und sehr interessante, und dürfen wir weiteren Untersuchungen Kimlas auf diesem Gebiete mit Spannung entgegensehen. Was ich aber vermisse ist eine prägnante Sichtung der Resultate in einigen knappen Schlusssätzen, die um so erwünschter wäre, als die Fülle von Details, Krankengeschichten, Sektions- und histologischen Befunden das Studium des sehr lesenswerten Aufsatzes ohnehin erschwert. Ref.) (F.)

Stuhl (47) sah seinen Patienten zum ersten Male im Alter von 11 Tagen. Er war vor drei Tagen unter Unruhe, Appetitmangel und Schweratmigkeit erkrankt. Bei der Untersuchung fand sich grosse Blässe

besonders der Schleimhänte, der Nabelstrangrest war noch adhärent, die Temperatur in ano betrug 37,5°. Nach zwei Tagen ergab die Palpation des Abdomens starke Leber- und Milzschwellung, beide Organe hart und von glatter Oberfläche, kein Aszites, Lymphdrüsen nicht vergrössert. . Ordination: Jodkali. In den nächsten Tagen Ödeme der Füsse und des Unterleibs; wiederholte diffuse Blutungen am Oberkiefer. Am 17. Tage Blutuntersuchung an dem schon sehr verfallenen Kinde, das in der Nacht kollabierte und starb.

In Deckglaspräparaten betrug das Verhältnis der Erythro- zu den Leukozyten 1 : 72. Unter letzteren prävalierten die Lymphozyten, also im Zusammenhalt mit den klinischen Symptomen der Befund einer lymphatischen Leukämie.

Bei der Sektion fand sich interstitielle luetische Pneumonie in beiden Lungen, miliare Gummata und Bindegewebsvermehrung in der Leber, follikuläre Hyperplasie und Verdichtung der Milz sowie multiple Ecchymosierung der Schleimhäute.

Damit wurde die Ätiologie der Erkrankung als syphilitische aufgeklärt. Der Fall mahnt zur Vorsicht in der Diagnosenstellung „lymphatische Leukämie“ bei Säuglingen. (F.)

Neigung zu Blutsturz beim neugeborenen Kinde wird häufig beobachtet, und eine der anerkannten Ursachen derselben ist Syphilis. Weder Purpura, noch Haemophilia, noch „hämorrhagische Krankheit des Neugeborenen“ ist nach Wilsons Ansicht (50) ein ganz passender Name für die Sache. Von 3364 Kindern, geboren im Wöchnerinnenhospital von Philadelphia, starben 10 an Blutsturz, bei denen klinische Untersuchung oder Sektion Beweise von Syphilis ergaben oder bei deren Eltern Syphilis nachzuweisen war. Die Blutungen, die an irgend einer Stelle des Körpers auftreten können, hängen ab von verhältnismässiger Steigerung des arteriellen Druckes im Neugeborenen. Wahrscheinlich ist auch verringerte Gerinnbarkeit des Blutes wirksam. Gelbsucht ist immer in gewissem Grade vorhanden. Der Bericht geht über zehn Fälle. (Ch.)

Rauhe, runzelige Zunge mit verstreuten Flecken, die auf Leukoplakie deuten, sollten nach Sharp (44) die Diagnose Syphilis nahe legen. Für die Diagnose der angeborenen Seuche sind die Hutchinsonschen Zähne keineswegs notwendig. Nase, Schlundkopf, weicher Gaumen und Nasenscheidenwand sollten immer auf Symptome untersucht werden. Auf Grund ihres Verschwindens nach antisyphilitischer Behandlung schliesst Verf., dass viele Abszesse hinter dem Schlundkopfe syphilitischer Art sind. Fälle von Perforation des weichen Gaumens, Geschwür des Kehlkopfes, Gumma des Kehlkopfes, Kehlkopfdiphtherie vortäuschend, und Gumma der Luftröhre werden berichtet. Irgend einer dieser Zustände kann vorhanden sein, während die klassischen Symptome von angeborener Lues fehlen. Die Zustände reagieren vorzüglich auf Jodmittel. (Ch.)

Als Rogersche Krankheit bezeichnen die italienischen Autoren die angeborene Perforation des Septum interventriculare. Ortali (31) führt einen charakteristischen Fall an, welcher zeigt, dass diese Hemmungsbildung durch kongenitale Lues bedingt sein kann. Cyanose war in demselben nicht vorhanden. (F.)

Elf Jahre alter Knabe aus Swobodas (48) Praxis leidet an linksseitiger partieller cerebraler Hemiplegie mit Zurückbleiben des Wachstums der linksseitigen Extremitäten und Athetose der linken Hand, als

deren Ursache die Mutter mit Bestimmtheit die Impfung bezeichnet, während die von Swoboda angestellten Recherchen die begründete Annahme eines hereditär-luetischen Ursprunges gestatten. Die Mutter hat nämlich vor einigen Wochen ein jüngeres (sechs Monate altes) Kind ins Spital gebracht, das eine linksseitige Armlähmung (wahrscheinlich luetische Pseudoparalyse) darbot. Aus diesem Grunde nimmt Swoboda auch für das ältere Kind Syphilis als Ursache seiner Hemiplegie an. (F.)

Zappert (51) schildert ein $2^1/_4$ Jahre altes Kind, bei dem die Lähmung ziemlich rasch und fieberlos aufgetreten war. Man konstatierte Parese des linken Facialis, der linken oberen und unteren Extremität sowie konjugierte Deviation der Bulbi nach rechts oben. In den nächsten Tagen Rückgang der Augenstellung, der Facialis- und Beinlähmung, sowie Besserung der Armlähmung. Das Auffallende an der Hemiplegie waren die geringen Initialsymptome und die Tendenz zur raschen Besserung. Ein speckig belegtes Geschwür am Naseneingang und zwei kondylomverdächtige Stellen ad annm führten auf die richtige Fährte, und die Nachschau in den Ambulanzbüchern zeigte, dass das Kind im Alter von sechs Wochen mit Lues congenita in Behandlung gestanden war. Es handelte sich also offenbar um Meningoencephalomalacie in der Gegend der rechtsseitigen Zentralwindungen auf Basis luetischer Endarteriitis. (F.)

Perlia (34) beobachtete einen 16 jährigen Arbeiter, dem ein Messingspan gegen das rechte Auge auf die Kornea angeflogen war; drei Tage nach dem Unfall fand sich bei der Untersuchung eine kleine Abschürfung an der Hornhaut, von der aus sich nach kurzer Zeit eine typische Keratitis parenchymatosa entwickelte; die Anamnese ergab schwerwiegende Anhaltspunkte für hereditäre Lues, weshalb neben der Lokaltherapie auch eine Schmierkur eingeleitet wurde. Trotzdem entstand nach drei Wochen auch links der gleiche Prozess. Der Patient wurde im Gebrauche seiner Augen empfindlich beeinträchtigt und beanspruchte eine Unfallrente. An der Tatsache, dass eine Verletzung an Ort und Stelle einen dyskrasischen Prozess zum Ausbruche bringen kann, ist, und zwar auch für Syphilis, auf Grund zahlreicher Erfahrungen nicht zu zweifeln. Perlia ist der Ansicht, dass im vorliegenden Falle auch die parenchymatöse Keratitis am unverletzten Auge mit dem Trauma in Zusammenhang stehe und als Fernwirkung aufzufassen sei.

In der Diskussion bemerkt Nieden, dass er sich der Anschauung Perlias vollkommen anschliesse. Scheffels berichtet über einen ähnlichen Fall, in welchem die Berufsgenossenschaft als ersatzpflichtig erklärt wurde. Limburg zitiert zwei analoge Beobachtungen aus seiner Praxis. Guillery ist der Meinung, dass das Trauma durch die Störung der Zirkulation und des Stoffwechsels die Gewebe für den Angriff des im Blute kreisenden Giftes vorbereite. Pfalz stellt die Bedingung, das zwischen Heilung der Verletzung und dem Auftreten der Keratitis kein langer Zeitraum liegen dürfe. Plange berichtet über ein 20 Jahre altes Mädchen, bei dem er wegen Iritis serosa mit Drucksteigerung die Paracentese der Vorderkammer machte, im Anschlusse an welche sich unmittelbar Keratitis parenchymatosa entwickelte. (F.)

v. Póor (37) hat die radiär um die natürlichen Hautöffnungen angeordneten linienförmigen Narben, die als charakteristisch für Lues

congenita gelten, histologisch untersucht. Es handelte sich um einen 15 Jahre alten Knaben, der Sattelnase, halbseitige spastische Lähmung, Hutchinsonsche Symptomentrias und narbige Veränderungen im Gesichte in Form von linienförmigen, um Mund und Augen strahlenartig konvergierenden miteinander vielfach anastomosierenden, durch gesunde Hautbrücken getrennten Narbenzügen darbot. Während die meisten derartige Veränderungen beschreibenden Autoren sie als charakteristisch für hereditäre Syphilis und aus nässenden Papeln hervorgegangen bezeichnen, hält sie Silex für Reste skrofulöser Ekzeme, die durch Kratzen in dieser Weise verändert worden seien und sucht dies histologisch zu beweisen, indem er keine narbigen Veränderungen zu finden vermochte. Nun bat Póor an aus den Wangen exzidierten Stückchen den narbigen Charakter der Affektion mikroskopisch mit aller wünschenswerten Prägnanz demonstrieren können. Sie besitzen nach ihm auch diagnostische Wichtigkeit, indem ihr Vorhandensein bei Fällen von sogenannter Lues hereditaria tarda darauf deutet, dass bereits im frühen Kindesalter Manifestationen der Krankheit dagewesen sind. (F.)

Neun Monate altes Kind aus Leiners (23) Beobachtung mit Lues hereditaria. Im Alter von sechs Wochen zum ersten Male von Leiner mit maculo-papulösem Syphilid beobachtet. Schon damals fehlten die Haare an der Kopfhaut und den Augenbrauenbogen fast vollständig. Unter Kalomeltherapie rascher Rückgang des Exanthems und im Laufe von Monaten schütterer Haarwuchs am Kopfe. Innerhalb der letzten vier Wochen innerhalb desselben heller- bis kronengrosse, ziemlich reichliche kahle Stellen, besonders am Hinterhaupt und in den Schläfegegenden. Leiner hat bisher areoläre Alopecie bei hereditärer Syphilis nicht beobachtet.

In der Diskussion bemerkt Ehrmann, der Befund grosser alopecischer Stelle ohne vorherige Effloreszenzbildung sei merkwürdig. Mraček vermutet in solchen Fällen Infiltrationsvorgänge in der Tiefe der Haarpapillen. Neumann betont die Gefässveränderungen um die Haarbälge und Talgdrüsen. (F.)

Bei akquirierter Syphilis unterscheidet man zwei Formen von Haarausfall, den diffusen und den zirkumskripten. Ersterer ist ein Frühsymptom, das meist in der Eruptionsperiode akut und intensiv auftritt, während letzterer fast stets erst nach Abheilung des Exanthems oder zur Zeit der Rezidive in Form kleiner haarloser Scheiben sich einstellt. Leiner (24) hat im Karolinenkinderspital in Wien auch bei Kongenital-Luetischen, beide Formen von Defluvium capillitii beobachtet. Eine Kombination der zwei Typen ist selten; noch seltener ist es, dass syphilitische Kinder kahl geboren werden und erst nach Monaten spärliche Haare bekommen.

Beide Formen des Defluvium sind unabhängig von dem Auftreten luetischer Effloreszenzen am behaarten Kopfe und wahrscheinlich bedingt durch Ernährungsstörungen, welche die Folge von im Blute kreisenden Toxinen bilden.

Die Hartnäckigkeit und lange Dauer des Haarausfalles ist bei kongenitaler Lues ebenso vorhanden wie bei akquirierter. (F.)

Ein Patient wurde im Alter von acht Wochen unter Erscheinungen diffuser Haut- und Nasensyphilis und mit „Flossenstellung" der Hände (Peters) aufgenommen. Hochsinger hat schon früher den von v. Peters behaupteten spinalen Charakter dieser Stellungsanomalie

bestritten und sie als wahrscheinlich durch Myositis specifica bedingt aufgefasst. Der vorliegende Fall liess dies nun zur Evidenz nachweisen, indem das Röntgenbild eine schwere Erkrankung der die beiden Ellbogengelenke umgebenden Muskulatur zeigte, die vom osteochondritischen Prozesse fortgeleitet war. Die gleiche Muskelaffektion liess sich bei dem Kinde auch im Bereiche der rechten Wade nachweisen. 14 Tage spezifischer Therapie brachten deutliche Besserung der Erscheinungen. Der Fall spricht wieder sehr zugunsten der myopathischen Genese der meisten luetischen Extremitätenlähmungen bei Säuglingen. (F.)

Zappert (14) hat früher einen Fall von Meningitis des Halsmarkes mit bilateraler Armlähmung publiziert, der ein kongenital-luetisches Kind betraf, und hält die Veränderungen bei demselben für luetische und nicht, wie Hochsinger meint, durch eine Entbindungslähmung bedingte. Hochsinger erwidert, dass selbst, wenn in diesem Falle Lues nachgewiesen wäre, dies noch nicht beweise, dass auch die Lähmung eine luetische sei. Er glaubt in Zapperts Falle an eine obstetrikale Plexuslähmung bei einem kongenital-syphilitischen Kinde. (F.)

Grosse Zerstörung der Knochen des Gesichtes und des Schädels („homo-avis," „homo-embryo") bei einem 45jährigen Hereditärsyphilitiker aus Frolows Praxis (10). Absetzung des ersten Wirbels, narbige Veränderung der Schleimhaut; Scoliosis des Wirbelstammes, Abwesenheit des weichen Gaumens und Schüsselbeines. (S.)

Das Charakteristische der Beobachtung Spielers gibt der Titel wieder; die Längendifferenz der beiden Schienbeine betrug 4 cm zugunsten der kranken (rechten) Seite. (F.)

Hochsinger (13) hat schon früher auf die diagnostische Bedeutung einer im ersten Lebensjahre hervortretenden Hypertrophie der Stirn- und Scheitelhöcker für kongenitale Lues hingewiesen und demonstriert neuerdings drei einschlägige Fälle. Der erste, ein Kind von 11 Monaten, zeigt breite Condylome ad anum, daneben geringe Veränderungen der Nase, bestehend in Verbreiterung der Nasenbeine und Vertiefung des Nasenrückens und starke Hypertrophie und Verhärtung der Stirn- unnd Scheitelhöcker neben mässiger Rachitis, welche Schädelbeschaffenheit nach Ansicht des Vortragenden für die kongenitale Natur der vorliegenden Syphilis spricht. Zwei weitere Fälle von sicherer Lues congenita (14 Monate und 3 Jahre alt) zeigen die gleiche Hypertrophie der Schädelhöcker in besonders ausgesprochener Weise. Bei Rachitikern treten solche hyperostotische Verdickungen erst viel später in Erscheinung, während auf der Höhe des Prozesses die Schädelknochen weich erscheinen und vielfach eindrückbare Stellen aufweisen. (F.)

XXXVIII.

Lues hereditaria tarda.

Von **Ernst J. Feibes**-Aachen.

Literatur:

1. Campbell, R. R., Late hereditary syphilis. Illinois State med. Soc., 16.—18. V.
2. Danlos, Syphilis héréditaire tardive et syphilide pigmentaire. Soc. franç. de derm. et de syph., 5. I.
3. Förster, Fall von Lues hereditaria tarda bei einem 14jährigen Mädchen (vgl. Hübener). Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Dresden, 4. II.
4. Gaucher et Lonate, Deux cas de syphilis héréditaire simulant la tuberculose. Soc. franç. de dermat. et de syphil., 4. V.
5. Hallopeau, Laffite et Krantz, Sur un cas de syphilis héréditaire avec destruction partielle et malformation consécutive des maxillaires, de la voûte palatine et du pharynx. Soc franç. de derm. et de syph. 5. II.
6. Hübener, Fall von schwerer tertiärer Lues bei einem 14jährigen Mädchen. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Dresden, 21. I. (vgl. Förster).
7. Nobl, Fall von Syphilie hereditaria tarda mit tief greifenden Zerstörungen im Nasen-Rachenraume. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges., 15. III.
8. Warfield, Fall von Lues hereditaria tarda. Arch. of Pediatr., Dez.
9. Wechselmann, Patient mit Lues hereditaria tarda. Verhandl. der Berliner dermatol. Ges., 20. VI.

In der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden stellte Hühner (6) einen Fall von schwerer tertiärer Lues bei einem 14jährigen Mädchen vor.

Über denselben Fall sprach Förster (3) in der nächsten Sitzung. Er hatte das Kind im Jahre 1900 behandelt. Damals zeigte es allgemeine Drüsenschwellungen (grosse Tumoren an den Kieferwinkeln, grosse Nacken- und Cubitaldrüsen), eine Osteoperiostitis der rechten Fibula zwischen mittlerem und unterem Drittel und einen chronischen Prozess in der Nase. Mit Berücksichtigung der Aborte der Mutter entspricht der Verlauf den häufigen Beobachtungen der Syphilis hereditaria tarda.

Nobl (7) demonstrierte in der Wiener dermatologischen Gesellschaft ein 20jähriges Mädchen, das in jeder Beziehung gut entwickelt war. Der Vater der Patientin hatte vor Eingehung der Ehe wegen Lues verschiedene Kuren durchgemacht. Die acht Geschwister der Patientin gingen in den ersten Lebensmonaten zugrunde, sie selbst war das sechste Kind. Die Syphilis manifestierte sich zuerst im 16. Lebensjahre, und zwar zeigten sich die ersten Erscheinungen in der Nase. Hier zerstörte sie zuerst die unteren Muscheln, dann das knöcherne Nasengerüst, die knorpelige Scheidewand und die senkrechte Platte des Vomer. Weder die lokale Behandlung noch energische Injektionskuren und Jodkalimedikation konnten dem fortschreitenden Zerfall Einhalt tun. Bei der Demonstration zeigte sich auch das häutige Septum zerstört und die Nasenspitze mit den angrenzenden Alarsegmenten in tiefgreifende Geschwürsflächen umgewandelt. Die Gaumenbögen waren narbig geschrumpft, in die Höhe gezogen, zum Teil mit der Rachenwand verwachsen; die Uvula war vollständig zerstört.

R. R. Campbell (1) betonte, dass sich die späte hereditäre Syphilis bei völligem Fehlen der Hutchinsonschen Trias durch das Auftreten solcher Spätsymptome manifestieren könne, wie sie auch bei der akqnirierten Syphilis vorkommen. Namentlich handele es sich um zerstörende Ulzerationen des Ganmens, gummöse Geschwüre bei Abwesenheit aller schuppenden oder kleinpapulösen Hauteffloreszenzen, Affektionen der Gelenke, wohei meist nur ein einziges befallen ist, und Veränderungen des Angenhintergrundes (atrophische Herde der Chorioidea nnd Retina). Natürlich wird anch Keratitis parenchymatosa häufig beobachtet. Erkranknngen des Labyrinths oder zentrale Tanbheit trifft man am häufigsten in der Puhertätszeit. Die Tauhheit erscheint hier plötzlich ohne vorhergehende Symptome und wird durch die Behandlung nicht beeinflusst.

Wechselmann (9) demonstrierte in der Berliner dermatologischen Gesellschaft folgenden Fall. Der 16jährige Patient kann üher die Gesnndheitsverhältnisse seiner beiden verstorbenen Eltern keine Angaben machen: ebenso weiss er nichts über seine früheste Kindheit anzugehen. Er hat niemals geschlechtlichen Verkehr gehabt und war niemals geschlechtlich infiziert. Seit acht Wochen empfand er Schmerzen beim Schlncken nnd bemerkte, dass er ein Loch im Gaumen batte. Die Schleimhaut des weichen Gaumens war stark infiltriert und gerötet, an der Übergangsstelle zum harten Gaumen eine markstückgrosse Perforation. Die hintere Fläche des weichen Gaumens ist ulzeriert, am Rachendach hefinden sich grosse adenoide, mit schmierigem Sekret bedeckte Vegetationen. Die Gegend des linken Tubenwulstes ist in eine grosse ulzerierte Fläche umgewandelt. Merknrielle Behandlung hat zur Vernarbung geführt. Seit dem achten Jahre bestehen Erscheinungen einer Keratitis parenchymatosa, ophthalmoskopisch findet man an der Peripherie vereinzelte chorioiditische Herde. Eine hochgradige Schwerhörigkeit ist die Folge eines chronischen Mittelohrkatarrhs infolge der nasopharyngealen Affektion. Sonstige Veränderungen im Knochensystem oder an den Zähnen, oder Narben, welche auf akquirierte oder hereditäre Lnes schliessen lassen, sind nicht vorhanden. Bei dem Angenbefund und den Zerstörungen im Rachendach erscheint die Diagnose einer hereditären Spätsyphilis gesichert.

Gancher und Louste (4) zeigten in der Société de Dermatologie einen 37jährigen Mann, der niemals syphilitische Erscheinnngen gehabt hat. Die Nase ist seit seiner Gehurt eingefallen. Vor sieben Jahren bildeten sich Geschwüre an der Innenseite des rechten Knies, die zwei Monate bestanden, zwei Jahre später trat eine Schwellung und Rötung der linken Hand ein; alsdann erschienen an mehreren Stellen Ulzerationen und Fisteln, einige Monate später ein Abszess an der Stirn, der inzidiert werden musste und anch eine Fistel hinterliess. Es bildeten sich dann auf Nase und Wange Geschwüre. Der magere und blasse Kranke hnstet und wird für tuberkulös gehalten. Als er im April im Spital Anfnahme fand, war die linke Hand vollständig deformiert, bläulich verfärbt nnd zeigte zahlreiche eingezogene Narben. Die Finger sind teils deformiert, teils zeigen sie typische Spina ventosa, der linke Ellenhogen ist ankylotisch in Beugestellung. Auf der Hant sieht man zahlreiche kleine Ulzerationen und Narben, ausserdem Lenkoplakie in den Mundwinkeln. Unter einer gemischten Behandlung tritt rasch eine wesentliche Besserung in dem ganzen Zustand ein. Die Hand hat über die Hälfte an Volumen abgenommen, ebenso die Finger. Die Fisteln

und die Ulzerationen an Gesicht und Stirn schliessen sich, die Beweglichkeit im Ellbogen erscbeint gebessert, aber was am wichtigsten erscheiut, das Allgemeinbefinden ist ausgezeichnet.

Somit erscheint die Diagnose Lues durch den Erfolg der Behandlnng bestätigt. Die Autoren haben früber bereits zwei Fälle behandelt, die von kompetenten Ärzten als mit tuberkulösen Knochenaffektionen behaftet betracbtet wurden, und die nach spezifiscber Behandlung seit sechs Jahren geheilt blieben. Die Autoren sind der Ansicht, dass diese Ähnlichkeit der tuberkulösen Affektionen mit solchen der hereditären Syphilis vielleicht weniger selten sei wie man annehme.

In derselben Gesellscbaft berichtete Hallopeau (5) über ein 18jähriges Mädchen, bei dem sich im 7. oder 8. Lebensjahre eine Affektion bildete, die für Lupus angesprochen wurde, im 12. Jahre trat unter Abstossnng eines Sequesters eine spaltenförmige Perforation des harten Gaumens ein; das Gaumensegel bildet durcb Verwacbsung mit der binteren Rachenwand einen totalen Abschluss des Nasenrachenraumes. Das knöcberne Nasenseptum ist fast ganz zerstört. Ausserdem wurden Malformationen der Zähne beobacbtet, deren Ursprung auf das embryonale Leben znrückgeführt werden müssen. Hallopean hält es für möglicb, aus dem Charakter und den Lokalisationen der Zahnläsionen festzustellen, bis zu welcher Epocbe des embryonalen Lebens die Anfangserscbeinungen zurückdatieren.

In derselben Sitzung demoustrierte Danlos (2) ein 18jähriges Mädchen, bei dem seit sechs bis acbt Monaten ein ulzeröses Syphilid der Nasenscheidewand, des linken Nasenflügels und der Oberlippe mit nekrotischem Herd im Gaumen aufgetreten war. Gemischte Behandlung führte rasch zur Heilung. Irgendwelche persönlicbe Antezedentien spezifischer Natur fehlen, und da die Kranke ausserdem Virgo intacta ist, wird Sypbilis hereditaria tarda angenommen. Interessant ist die Beobachtung einer Pigmentanomalie am Halse, die vollständig den Eindrnck eines Leucoderma syphiliticum macbt. Danlos betont, dass eine Pigmentsyphilis bei der hereditären Lues fast unbekannt und bei der erworbeuen im 18. Jahre der Krankbeit aucb nicht beobachtet werde. Ob dadurch die Diagnose umgestossen werden könne? Dieser Zweifel wird durcb Fonrniers Bemerkung, dass man ähnliche Pigmeutierungen auch bei nicht syphilitischen Kranken begegne, behoben.

Warfield (8) beschrieb ein 2jähriges Kind, das gut und normal entwickelt wurde; beide Eltern leben und die Mutter gibt an, nie an Syphilis gelitten zu haben; sie bat drei Aborte durchgemacbt. Bis zum 7. Jahre was das Kind gesund, zeigte dann aber verschiedene Zeichen der hereditären Lues, Keratitis und Iritis, doppelseitige Labyrinthaffektion, Hutcbinsonsche Zähne, Perforation des harten Gaumens und andere Symptome. Unter spezifiscber Behandlung trat wesentliche Besserung ein.

21*

XXXIX.

Ätiologie der Lues.

Von **Fr. Bering**-Kiel (im Auftrage von **Klingmüller**-Kiel), mit Beiträgen von **Krefting**-Christiania, **Krysinski**-Warschau (im Auftrage von **v. Watraszewski**-Warschau), **Müllern-Aspegren**-Stockholm, **Rasch**-Kopenhagen, **Selenew**-Charkow, **Török**-Budapest und **Verrotti**-Neapel (im Auftrage von **De Amicis**-Neapel).

Literatur:

1. Almkviet, J. und Jnnden, J., Zur Frage von Spirochaete pallida und Syphilis. Allg. Schwed. Ärztezeitung. Nr. 25.
2. Babes und Panea, Über pathologische Veränderungen und Spirochaete pallida bei kongenitaler Syphilis. Berl. klin. Wochenschr. S. 865.
3. Dieselben, Über Spirochaete pallida bei kongenitaler Syphilis. Berl. klin. Wochenschr. S. 1506.
4. Bandi, Ivo, und Simonelli, Fr., Färbung der Spirochäte. Zentr.-Bl. f. Bakteriol. Bd. 40. S. 159.
5. Dieselben, Sulla presenza delle spirochaete pallida nel sangue e nelle manifestazioni secondarie dei sifilitici. Gazz. degli osped. Nr. 85. 16. Juli und Riforma med. Nr. 29.
6. Dieselben, Über das Vorhandensein der Spirochäte im Blute und den sekundären Erscheinungen der Syphiliskranken. Zentr.-Bl. f. Bakteriol. Bd. 40. S. 64.
7. Dieselben, Über die Anwesenheit der Spirochaete pallida in sekundär-syphilitischen Manifestationen und über die zu ihrem Nachweis angewendeten Färbungsmethoden. Münch. med. Wochenschr. S. 1668.
8. Bandler, Spirochätenbefund bei Syphilis. Prager med. Wochenschr. Nr. 34.
9. Barthélemy, La grande déconverte du vrai microbe de la syphilis. La Syphilis. T. 3. S. 411.
10. Bayet, Die Spirochäte der Syphilis. Journ. méd. de Bruxelles. Nr. 25.
11. Derselbe, Umfrage über die ätiologische Bedeutung der Spirochaete pallida und des Cytorrhyctes luis für die Syphilis. Med. Klinik. S. 1342.
12. Bayet et Jacqué, Le spirochaete pallida de Schaudinn. Rev. prat. des mal. cut., syph. et vén. S. 263, 296.
13. Beck, Samuel, Untersuchungen über das Vorkommen der Spirochaete pallida bei ererbter Syphilis. Budapesti orvosi ujsag. Nr. 51. Beilage.
14. Beitzke, Diskussionsbemerkung über Spirochaete pallida. Ges. der Charité-Ärzte. 8. VI.
15. Bertarelli, E., Volpino, G. und Bovero, R., Untersuchungen über Spirochaete pallida Schaudinn bei Syphilis. Riv. d' igiene e san. pubbl. S. 61.
16. Bettmann, Diskussionsbemerkung über Spirochaete pallida. Naturhistor.-med. Verein Heidelberg. 25. VII.
17. Derselbe, Umfrage über die ätiologische Bedeutung der Spirochaete pallida und des Cytorrhyctes luis für die Syphilis. Med. Klinik. S. 1342.
18. Blanchard, Spirilles, spirochètes et autres microorganismes à corps spiralé. Sem. méd. S. 1.
19. Blanck, August, Zur Kenntnis der Geschwülste des Bauchhodens. Diss. Rostock.
20. Blumenthal, Diskussionsbemerkung über Spirochaete pallida. Ges. der Charité-Ärzte. 8. VI.
21. Bodin, Diskussionsbemerkungen über die Spirochaete pallida. Soc. de dermat. et de syphil. 6. VII.
22. Derselbe, La spirochaete pallida dans les lésions syphilitiques. Soc. franç. de dermat. et de syphil. 8. XII. Le Bull. méd. S. 1128.
23. Derselbe, Spirochaete pallida dans la syphilis héréditaire. Ann. de dermat. et de syphil. T. 6. S. 616.

24. v. Boltenstern, O., Neuere Forschungen über Syphiliserreger und Syphilisübertragung auf Tiere. Fortschr. der Medizin. S. 915. 947.
25. Bonhoff, Die Spirochaete vaccinae. Berl. klin. Wochenschr. S. 1142.
26. Bordet, Démonstration d'un spirille nouveau. Soc. roy. des scienc. méd. de Bruxelles. Bull. des séances. (1. V.), S. 124.
27. Borrel, Infectione vermineuses et spirochètes chez les souris cancéreuses. C. R. de la Soc. de biol. (6. V.) S. 770.
28. Bost, F. J., Recherches sur l'étiologie, la pathogénie et le traitement de la syphilis. Montpellier méd. 2. VII.
29. Brandweiner, Alfred, Erwiderung auf Dr. Kraus' Bemerkungen zu dem Aufsatze: Versuche über aktive Immunisierung bei Lues. Wien. klin. Wochenschr. S. 1278.
30. Derselbe, Versuche über aktive Immunisierung bei Lues. Wien. klin. Wochenschr. S. 1176.
31. Brönnum, A., Et tilfaelde af kongenit syfilis med paavisning af spirochaete pellida i lever og milt. Hospitalstidende. S. 667. 19. Juli.
32. Brönnum, A. und Ellermann, V., Spirochaete pallida in den inneren Organen bei Syphilis hereditaria. Deutsche med. Wochenschr. S. 1757.
33. Dieselben, Spirochaete pallida i milten af et syfilitisk foster. Hospitalstidende. 27. September. S. 918. (Spirochaete pallida in der Milz eines syphilitischen Fötus.)
34. Bulletin, Comment faut-il appeler l'agent présumé de le syphilis? Sem. méd. S. 615.
35. Bunsch, J. L., Spirochaete in Syphilis. Brit. journ. of dermatol. Vol. 17. S. 412.
36. Burnet, Etienne, Le spirochète de la syphilis (Spirochaete pallida Schaudinn). Ann. de dermat. et de syphil. T. 6. S. 833.
37. Burnet et Vincent, Topographie du spirochaete pallida dans les coupes de chancre syphilitique. Sem. méd. S. 572.
38. Dieselben, Topographie du spirochaete pallida dans les coupes de chancre syphilitique. (Levaditi et Manouélian.) Soc. de biol. 25. Nov.
39. Buschke, Demonstration von Schnitten durch syphilitische Papeln, Milz, Leber und Nieren, mit Spirochaete pallida. Verein f. innere Med. in Berlin. 18. XII.
40. Buschke, A. und Fischer, W., Über das Vorkommen von Spirochäten in inneren Organen eines syphilitischen Kindes. Deutsche med. Wochenschr. S. 791. (Mit Nachtrag S. 839).
41. Carini, A., Sind die Vaccineerreger Spirochäten? Zentr.-Bl. f. Bakteriol. Bd. 39. S. 685.
42. Castellani, Framboesia. Brit. med. journ. Nr. 2342.
43. Derselbe, Spirochäten bei Framboesie. Brit. med. journ. Nr. 2341.
44. Courtellemont, De la valeur du spirochaete pallida dans le diagnostic de la syphilis. Nord méd. 1. November.
45. Criky, Michael, Spirochaete pallida in syphilitischen Gebilden. Budapesti orvosi ujsag. Nr. 45. Deutsch in extenso in Pester med.-chir. Presse. 1906. Nr. 1.
46. v. Cube, Diskussionsbemerkung über Spirochaete pallida. Ärztl. Verein München. 5. VIII.
47. Dalous, E., Le Spirochaete pallida de M. M. Schaudinn et Hoffmann et le bactériologie de la syphilis. Journ. des mal. cutan. et syphil. T. XVII. S. 481.
48. Davidsohn, Demonstration einer mit Kresylviolett gefärbten Spirochaete pallida. Ges. der Charité-Ärzte in Berlin. 20. VII.
49. Derselbe, Spirochätenfärbung mit Kresylviolett. Berliner klin. Wochenschr. S. 985.
50. Derselbe, Spirochaete pallide; Kresylviolettfärbung. Deutsche med. Wochenschr. S. 1370.
51. Delbanco, Diskussionsbemerkungen über Spirochaete pallide in den Verhandlungen der Abt. f. Dermat. u. Syph. der 77. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Dermat. Zeitschr. Bd. XII. S. 787.
52. Doehle, P., Über Blutbefunde bei Syphilis, Masern und Pocken. Med. Klinik. S. 590.
53. Derselbe, Über Pocken, Masern und Syphilis. Physiol. Verein in Kiel. 22. V.
54. Doutrelepont, Über die Spirochaete pallida. Sitzungsber. d. niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Bonn. 11. XII.
55. Derselbe, Über Spirochaete pallida. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. in Bonn. 19. VI.
56. Dudgeon, Färbung der Syphilis-Spirochaete. Lancet. Nr. 4277.

57. v. Düring, Umfrage über die ätiologische Bedeutung der Spirochaete pallida und des Cytorrhyctes luis für die Syphilis. Med. Klinik. S. 1342.
58. Ehrmann, Diskussionsbemerkungen über Spirochaete pallida in den Verhandlungen der Wien. Dermat. Ges. 24. V.
59. Ehrmann und Lippschütz, Diskussionsbemerkung über Spirochaete pallida in der Ges. der Ärzte in Wien. 26. V.
60. Elizalde, de et Wernicke, Sobre la presencia del spirochaete pallida en las lesiones sifiliticas. La Semana med. Buenos-Ayres 24. VIII.
61. Feldmann, J., Spirochaete pallida in dem Blute eines neugeborenen syphilitischen Kindes. Budapester Königl. Gesellschaft der Ärzte. Sitzung vom 25. November.
62. Finger, Demonstration eines mit Syphilis geimpften Affen, bei dem sekundäre Effloreszenzen in zwei Schüben auftraten. Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 7. VI. (Diskuss.: Ullmann, Ehrmann.)
63. Derselbe, Demonstration mehrerer Affen mit Sklerosen nach Impfung mit syphilitischem Virus vom Menschen (nicht anthropoide Affen). Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 8. II.
64. Derselbe, Diskussionsbemerkungen über Spirochaete pallida in den Verhandlungen der Abt. f. Dermat. u. Syphilis der 77. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Dermat. Zeitschr. Bd. XII. S. 770.
65. Derselbe, Diskussionsbemerkungen über Spirochaete pallida in den Verhandlungen der Wien. Dermat. Ges. 24. V.
66. Derselbe, Umfrage über die ätiologische Bedeutung der Spirochaete pallida und des Cytorrhyctes luis für die Syphilis. Med. Klinik. S. 1342.
67. Finger und Landsteiner, Über die Syphilis der Affen. Kais. Akad. d. Wissensch. in Wien. 18. V.
68. Flexner, S., The etiology of syphilis. Med. News. 9. Dezember.
69. Flexner, S. and Noguchi, H. On the occurrence of spirochaete pallida Schaudinn in syphilis. Med. News. 17. Juni.
70. Flügel, Karl, Weitere Spirochätenbefunde bei Syphilis. Deutsche med. Wochenschr. S. 1755.
71. Fraenkel, C. Über das Vorkommen der Spirochaete pallida bei Syphilis. Münch. med. Wochenschr. S. 1129.
72. Freund, R., Über Cytorrhyctes luis Siegel. Münch med. Wochenschr. S. 1819.
73. Frosch, Diskussionsmitteilung über Spirochaete pallida. Berl. med. Ges. 24 V.
74. Galewsky, Diskussionsbemerkungen über Spirochaete pallida in den Verhandlungen der Abt. f. Dermat. u. Syph. der 77. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Dermat Zeitschr. Bd. XII. S. 788.
75. Galli-Valorio et Lassneur, A., Sur la présence de spirochètes dans les lésions syphilitiques. Rev. méd. de la Suisse rom. 20. Juli.
76. Ganzer, Über Spirochäten im Munde. Berlin. Tierärztl. Wochenschr. Nr. 48.
77. Giemsa, G., Bemerkungen zur Färbung der Spirochaeta pallida (Schaudinn). Deutsche med. Wochenschr. S. 1026.
78. Derselbe, Eine Vereinfachung und Vervollkommnung meiner Methylenazur-, Methylenblau-Eosin-Färbemethode zur Erzielung der Romanowsky-Nocht-schen Chromatinfärbung. Zentr.-Bl. f. Bakteriol. 1. Abt. Bd. 37. S. 308.
79. Derselbe, Erwiderung zu: Thesing, C, Ein Wort zu dem Aufsatze von Dr. Giemsa, Bemerkungen zur Färbung der Spirochaete pallida. Deutsche med. Wochenschr. S. 1279.
80. Gordon, A., Contribution to the study of syphilitic spirochaetas cerebrospinal fluid. Amer. Medicine. 21. Juli.
81. Groff, Diskussionsbemerkung über Spirochaete pallida. Berlin. Ophthalmol. Ges. 11. XI.
81a. Groeff und Clausen, Spirochaete pallida bei experimentell erzeugter interstitieller Hornhautentzündung. Deutsche med. Wochenschr. S. 1454.
82. Grón, Kr., Spirochaete pallida. Norsk Magazin for Laegevidenskaben. Verhandl. S. 209.
83. Grouven, Diskussionsbemerkungen über Spirochaete pallida. Verh. der Abt. f. Dermat. u. Syph. der 77. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Dermat. Zeitschr. Bd. 12. S. 785.
84. Derselbe, Erwiderung auf den Angriff des Herrn Thesing betr. meine Arbeit: Spirochäten bei Syphilis. Bonn.
85. Grouven, C. und Fabry, H., Spirochäten bei Syphilis. Deutsche med. Wochenschr. S. 1469.
86. Gussmann, Josef, Die Schaudinnsche Spirochaete pallida. Orvosi hetilap. Nr. 31.

87. Herrman, C., A note on the spirochaeta pallida. New York med. Journ. 9. Dez.
88. Herxheimer, Karl, Zur Kenntnis der Spirochaete pallida. Münch. med. Wochenschr. S. 1861 und Ärztl. Verein in Frankfurt a. M. 2. X. (Diskuss.: Neisser, Stern, Bsnario.)
89. Herxheimer, Karl und Hübner, Hans, Über Darstellungsweise und Befund der bei Lues vorkommenden Spirochaete pallida. Deutsche med. Wochenschrift. S. 1023.
90. Herxheimer, K. und Löser, Über den Bau der Spirochaete pallida. Münch. med. Wochenschr. S. 2212.
91. Dieselben, Über die Beziehungen der Spirochaete pallida zur Syphilis. Med. Klinik. S. 797.
92. Hoffmann, Erich, Spirochaete pallida bei einem mit Blut geimpften Makaken. Berl. klin. Wochenschr. S. 1450.
93. Derselbe, Über die Spirochaete pallida. Deutsche med. Wochenschr. S. 1710.
94. Derselbe, Die Bedeutung der neueren Versuche, Syphilis auf Tiere zu übertragen. Berliner klin. Wochenschr. S. 154.
95. Derselbe, Demonstration von Spirochaete pallida, im Gewebe nach Levaditi gefärbt. Berlin. Ophthalmol. Ges. 21. XII.
96. Derselbe, Diskussionsbemerkung über die Spirochaete pallida. Ges. der Charité-Ärzte. 2. XI.
97. Derselbe, Erwiderung auf die Notiz des Herrn Dr. Nigris. Deutsch. med. Wochenschr. S. 2070.
98. Derselbe, Nachtrag zu der Arbeit von Schaudinn und Hoffmann über Spirochaete pallida bei Syphilis. Berliner klin. Wochenschr. S. 726.
99. Derselbe, Schlusswort in der Diskussion über Spirochaete pallida. Berl. med. Ges. 24. V.
100. Derselbe, Über das Vorkommen von Spirochäten bei ulzerierten Karzinomen. Berlin. klin. Wochenschr. S. 811.
101. Derselbe, Demonstration der mittelst der Silbermethode dargestellten Spirochaete pallida. Ges. der Charité-Ärzte in Berlin. 7. XII.
102. Derselbe, Demonstration von Präparaten mit Spirochaete pallida und Versuche zur Sicherung zweifelhafter Luesdiagnose durch experimentelle Erzeugung von Lues bei Affen. Verein f. innere Med. in Berlin. 18. XII.
103. Derselbe, Weitere Mitteilungen über Spirochätenbefunde mit Demonstrationen. Ges. der Charité-Ärzte in Berlin. 8. VI (Diskuss.: Davidsohn, Blumenthal, Scheibe, Löwenthal, Beitzke.)
104. Horand, R., Les spirochètes de Schaudinn et Hoffmann et les formes évolutives de l'hémoprotiste de la syphilis. Lyon méd. 4. Juni.
105. Hübner, Hans, Über den jetzigen Stand unserer Kenntnisse von der Spirochaete pallida. Dermatol. Zeitschr. S. 718. Ärztl. Verein in Frankfurt a. M. 4. IX. (Diskuss.: Sippel, v. Wild.)
106. Jacquet, Diskussionsbemerkung über die Spirochaete pallida. Soc. méd. des hôp. 23. u. 30. VI.
107. Derselbe, Spirochaete de Schaudinn. Soc. méd. des hôp. 19. V. und Gaz. des hôp. S. 702.
108. Jacquet et Sevin, Recherche du spirochaete de Schaudinn dans certains products tertiaires. La Syphilis. T. III. S. 522.
109. Jadassohn, Umfrage über die ätiologische Bedeutung der Spirochaete pallida und des Cytorrhyctes luis für die Syphilis. Med. Klinik, S. 1342.
110. Janeke, Über Cytorrhyctenbefunde. Münch. med. Wochenschr. S. 2183.
111. Jaqué, Spirochaete de la syphilis. Journ. méd. de Bruxelles. Nr. 26.
112. Jensen, V., Om fund af spirochaeto pallida. (Schaudinn.) Hospitalstidende. S. 559. 21. Juni.
113. Jesionek, Diskussionsbemerkung über Spirochaete pallida. Ärztl. Verein in München. 5. VII.
114. Kimla, R., Spirochaete pallida (Schaudinn-Hoffmann) a jeji vyznam pro aetiologii syfilis. Casopis lékaru ceskych. 21., 28. Oktober u. 4. November.
115. Kiolemenoglon, B. und v. Cubs, Felix, Spirochaete pallida (Schaudinn) und Syphilis. Münch. med. Wochenschr. S. 1275.
116. Kliagmüller, V., Diskussionsbemerkung über Spirochaete pallida. Med. Sekt. der Schles. Ges. f. vaterländ. Kultur. 30. XI.
117. Kopp, Diskussionsbemerkung über Spirochaete pallida. Ärztl. Verein in München. 5. VII.
118. Kowalewski, Spirochaete pallida vom Primäraffekte am oberen Lids. Berlin. Ophthalmol. Ges. 16. XI.

119. Kraus, R., Demonstration mit Syphilis geimpfter Affen. Ges. der Ärzte in Wien. 3. II. (Diskuss.: J. Neumann.)
120. Kraus, R., Diskussionsbemerkungen über Spirochaete pallida. Verh. der Abt. f. Dermat. u. Syphil. der 77. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Dermat. Zeitschr. Bd. 12. S. 770
121. Derselbe, Mikroskopische Präparate von Spirochaete pallida Ges. der Ärzte in Wien. 26. V. (Diskuss.: Peltauf, Ehrmann, Lang, Volk, Oppenheim.)
122. Derselbe, Studien über Immunität und ätiologische Therapie der Syphilis. Sitzungsber. der kais. Akad. der Wissensch. in Wien, Mathem.-naturwissensch. Klasse. Bd. 114. Abt. III. Juni.
123. Derselbe, Über experimentelle Syphilis bei Affen. Wien. med. Bl. S. 99.
124. Derselbe, Zur Ätiologie, Pathologie und experimentellen Therapie der Syphilis. Wiener klin. Wochenschr. S. 1052.
125. Kraus, R. und Prantschoff, Über das konstante Vorkommen der Spirochaete pallida im syphilitischen Gewebe beim Menschen und Affen. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 37.
126. Krause, Diskussionsbemerkung über Spirochaete pallida. Med. Sekt. der Schlee. Ges. f. vaterländ. Kultur. 30. VI.
127. Krysztalowicz i Siedlecki, M., Kvetek hlady Schandinne w zmianach kilowych. (Die Spirochaete pallida in syphilitischen Bildungen.) Przeglad lekerski. Nr. 31. S. 497.
128. Dieselben, Spirochaete pallida (Schaudinn) in syphilitischen Erscheinungen. Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd 41. S. 231.
129. Landsteiner, Demonstration eines Präparates mit Darstellung der Spirochaete pallida nach Levaditi. Ges. der Ärzte in Wien. 15. XII.
130. Lassar, O., Diskussionsbemerkung über Spirochaete pallida. Berl. med. Ges. 24. V.
131. Derselbe, Über neue Protozoenbefunde. Referat über die Arbeiten von Siegel, Schaudinn, Hoffmann und Doehle. Dermat. Zeitschr. S. 418.
132. Launois, Diskussionsbemerkung über Spirochaete pallida. Soc. méd. des hôp. 29.—30. VI.
133. Launois et Loederich, Association de spirilles et de bacilles fusiformes de Vincent dans un chancre syphilitique à tendance phagédénique. Bull. de la Soc. méd. des hôp. de Paris. (30. Juni), S. 601.
134. Legrain, Le microbe de la syphilis et l'hématozoaire de Laveran. La Syphilis. T. III. S. 682.
135. Lehmann, Die neueste Forschung über Infektionskrankheiten. II. Landesvers. des bayer. Medizinalbeamtenvereins. 2.—3. VI.
136. Leiner, C., Mikroskopisches Präparat der Syphilisspirochäte aus dem Inhalt der Pemphigusblase eines hereditär-syphilitischen Kindes. Ges. f. innere Medizin u. Kinderheilk. in Wien. 15. VI.
137. Leredde, Le parasite de la syphilis (Spirochaete pallida). Rev. prat. des mal. cut., syph. et vén. S. 187.
138. Lesser, Bericht über eine Demonstration von Protozoen, welche Siegel bei Syphilie fand. (Diskussion von Siegel, Immerwahr, Richter.) Verhandl. der Berliner Dermatol. Ges. 14. II.
139. Derselbe, Diskussionsbemerkung über die Spirochaete pallida. Ges. der Charité-Ärzte. 8. VI.
140. Levaditi, Färbung der Spirochaete pallida in Schnitten. C. R. de la Soc. de biol. 21. X.
141. Derselbe, Histologie pathologique de l'hérédo-syphilis dans ses rapports avec le spirochaete pallida Schaudinn. Soc. de biol. 28. X.
142. Derselbe, Syphilis congénitale et spirochète pâle. (Diskuss.: Salmon.) Soc. de biol. 20. Mai.
143. Levaditi et Manouélien, Topographie du spirochaete pallida dans les coupes de chancre syphilitique. Sem. méd. S. 572.
144. Levaditi, Nobécourt et Darré, Syphilis congénitale et spirochète pâle. Soc. de biol. 17. VI.
145. Levaditi et Petresco, Passage du spirochaete pallida dans le liquide de vésicatoire. La Syphilis. T. III. S. 912 u. Presse méd.
146. Levaditi et Salmon, Localisations du spirochète dans un cas de syphilis héréditaire. Soc. de biol. 25. Nov.
147. Dieselben, Localisations du spirochete dans un cas de syphilis héréditaire. Sem. méd. S. 572.
148. Levy-Bing, Action du mercure sur les spirochètes en général et sur le pallida en particulier. Bull. méd. 12. VII. S. 631.

149. Levy-Bing, Des moyens de coloration du spirochaete pallida. Bull. méd. 24. VI.
150. Derselbe, Recherche du spirochaete pallide dans le sang des syphilitiques. Bull. méd. 5. VII.
151. Lipschütz, B., Diskussionsbemerkungen über Spirochaete pallida. Wien. Dermat. Ges. 24. V.
152. Derselbe, Untersuchungen über die Spirochaete pallida Schaudinn. Deutsche med. Wochenschr. S. 1832.
153. Löwenthal, W., Diskussionsbemerkung über Spirochaete pallida. Berliner med. Ges. 24. V.
154. Derselbe, Diskussionsbemerkung über Spirochaete pallida. Ges. d. Charité-Ärzte. 8. VI.
155. Derselbe, Präparate von Spirochäten. Verein f. innere Med. in Berlin. 19. VI. (Diskuss.: Beitzke.)
156. Maratin, Agent spécifique de la syphilis. La Syphilis. T. III. S. 534.
157. Mazzocchi, V. e Gazza, E., Sulla spirochete pallida. Giorn. it. delle malattie veneree e della pelle. Fasc. 6.
158. Mc. Weeney, E. J., Spirochaete in syphilis. Brit. med. Journ. 10. Juni. S. 1262.
159. Mendoza, Sobre la existencia de spirochaete en la sifilis. Boletin del Institute de sueroterapia. Madrid. S. 97.
160. Merk, Diskussionsbemerkungen über Spirochaete pallida. Verh. d. Abt. f. Dermat. u. Syphilis d. 77. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Dermat. Zeitschr. Bd. 12. S. 770.
160a. Merk, Über den Cytorrhyctes luis (Siegel). Wien. klin. Wochenschr. S. 926.
161. Metschnikoff, La syphilis expérimentale. Bull. de l'Inst. Pasteur. 30. VI. u. 15. VII. S. 540.
162. Derselbe, Sur le spirochète de la syphilis. Acad. de méd. 16. Mai.
163. Metchnikoff, E. et Roux, E., Études expérimentales sur la syphilis. 4. mém. Ann. de l'Inst. Pasteur. November.
164. Dieselben, Recherches microbiologiques sur la syphilis. Rev. prat. des mal. cut., syph. et vén. S. 190.
165. Mewborn, A. D., The spirochaete pallida. Journ. of cut. dis. Vol. 23. S. 457.
166. Milian, Diskussionsbemerkungen über Spirochaete pallida. Soc. de dermat. et de syphil. T. 6. S. 616.
167. Moritz, Spirochätenbefund bei schwerer Anämie und karzinomatöser Lymphangitis. St. Petersb. med. Wochenschr. Nr. 20. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 84. S. 6.
168. Mraček, Diskussionsbemerkungen über Spirochaete pallida. Wien. Dermat. Ges. 24. V.
169. Mulzer, Paul, Über das Vorkommen von Spirochäten bei syphilitischen und anderen Krankheitsprodukten. Berliner klin. Wochenschr. S. 1144.
169a. Derselbe, Über das Vorkommen von Spirochäten bei syphilitischen und anderen Krankheitsprodukten. Diss. Königsberg.
170. Neisser, Über experimentelle Syphilis bei Affen. Med. Sekt. d. Schles. Ges. f. vaterländ. Kultur. 22. XII.
171. Neisser und Baermann, Gustav, Versuche zur Übertragung der Syphilis auf Affen. Deutsche med. Wochenschr. (1904, Nr. 38/39). S. 748.
172. Neumann, R. O., Über Spirochaete pallida Schaudinn und einige andere Spirochäten. Naturhist.-med. Verein Heidelberg, 25. VII. (Diskuss.: Bettmann, Jacoby, Neumann.)
173. Nicolas, Favre et André, Syphilis et spirochaete pallida de Schaudinn et Hoffmann. La Syphilis. T. III. S. 917.
174. Dieselben, Syphilis et spirochaete pallida de Schaudinn et Hoffmann. Lyon méd. 1. Oktober.
175. v. Niessen, Der heutige Stand der Syphiliserkenntnis. Med. Woche. S. 337.
176. Derselbe, Die Ergebnisse eigener 12 jähriger experimenteller Studien der Syphilisätiologie. Naturwiss.-med. Ges. zu Jena, 23. II. (Diskuss.: Stintzing, Grober, Lommel.)
177. Derselbe, Ergebnisse 12 jähriger eigener experimenteller Studien der Syphilisätiologie. XXII. Kongr. f. innere Med.
178. Nigris, Guido, Notiz zu der Arbeit des Herrn Doz. Dr. E. Hoffmann „Über die Spirochaete pallida" (S. 1710). Deutsche med. Wochenschr., S. 2070 (mit Erwiderung von Hoffmann).
179. Derselbe, Spirochaete pallida und refringens nebeneinander im Blute bei hereditärer Lues. Deutsche med. Wochenschr. S. 1431.
180. Noeggerath, C. T. und Staehelin, R., Zum Nachweis der Spirochaete pallida im Blut Syphilitischer. Münch. med. Wochenschr. S. 1481.

181. Omeltschenke, Th. Z., Zur Frage über Spirochaeten bei Syphilis. Russischer Arzt. Nr. 29.
182. Oppenheim, Diskussionsbemerkungen über Spirochaete pallida. Abt. f. Dermat. u. Syphil. der 77. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Dermat. Zeitschr. Bd. 12. S. 770.
183. Derselbe, Diskussionsbemerkungen über Spirochaete pallida. Ges. der Ärzte in Wien. 26. V.
184. Derselbe, Diskussionsbemerkungen über Spirochaete pallida. Wien. Dermat. Ges. 24. V.
185. Oppenheim, M. und Sache, O, Eine einfache und schnelle Methode zur deutlichen Darstellung der Spirochaete pellida. Deutsche med. Wochenschr. S. 1156.
186. Dieselben, Über Spirochätenbefunde in syphilitischen und anderen Krankheitsprodukten. Wien. klin. Wochenschr. S. 1177.
187. Paaschen, Demonstration von Spirochäten. Ärztl. Verein in Hamburg. 2. V.
188. Derselbe, Schnitte aus den Organen eines hereditär-syphilitischen Säuglings mit Spirochaetae pellidae in Färbung nach Levaditi. Ärztl. Verein in Hamburg. 28. XI.
189. Paltauf, Diskussionsbemerkung über Spirochaete pallida. Ges. der Ärzte in Wien. 26. V.
190. Peranhoe, Remarques sur l'étude expérimentale de la syphilis. Rev. med. de Sao-Paulo. S. 384.
191. De Pascalie, G., Spirochete pellida e diagnosi dell'infezione sifilitica. Policlinico. 9. Juli. Nr. 28.
192. Paeini, A., A proposito dello recenti osservazioni sui protozoi nella sifilide. Giorn. it. delle malattie veneree e della pelle. S. 355.
193. Derselbe, Sulla etiologia della sifilide. Giorn ital. delle mal. ven. e della pelle. S. 317.
194. Pereira, F. G., Spirochaete pallida de Schaudinn et Hoffmann; pequena contribuição para a etiologia da syphilis. Thèse de Porto.
194a. Petzeld, Paul, Über das Vorkommen der Spirochaete pallida bei Syphilis. Diss. Leipzig.
195. Pielicke, Diskussionsbemerkung über Spirochaete pallida. Berlin. med. Ges. und Berlin. klin. Wochenschr. S. 731.
196. Piorkowski, Weitere Mitteilung über Syphilis am Pferde. Deutsche med. Wochenschr. S. 910.
197. Plehn, Diskussionsbemerkung über Spirochaete pallida. Berlin. med. Ges. 24. V.
198. Plooger, H., Die Spirochäten bei Syphilis. Münch. med Wochenschr. S. 1381.
199. Derselbe, Über Spirochäten bei Syphilis. Ärztl. Verein München. (Diskuss.: v. Cube, Jesionek, Kopp). 5. VII.
200. Polland, Diskussionsbemerkungen über Spirochaete pallida. Abt. f. Dermat. u. Syph. der 77. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Dermat. Zeitschr. Bd. 12. S. 777.
201. Derselbe, Spirochätenbefunde bei Nosokomialgangrän in Unterschenkelgeschwüren. Wien. klin. Wochenschr. S. 1236.
202. Pollio, G. e Fontane, A., Reperto della spirochete di Schendinn nell acne sifilitica del capillizio. Gezz. degli osped. 10. September. Nr. 169.
203. Pommey, H., L'agent pathogène de la syphilis, nature, cultures, inoculations, vaccination préventive. Paris. A. Maloine.
204. Popovitch, D., Les spirochètes en pathologie humaine Thèse de Paris.
205. Pospelow, A. J., Über die Mikroorganismen der Syphilis. Prakt. Wratsch, 6. u. 13. Aug.
206. Derselbe, Über experimentale Syphilis bei anthropoiden Affen und über die Natur des Syphilisvirus. Russisches Journal für Haut- und venerische Krankheiten. T. IX, 33—41.
207. Praetorius, Georg, Über Muskelgummen im Frühstadium der Syphilis. Diss. Rostock.
207a. Preis, Über Spirochaete pallide. Kgl. Ärzteverein. Budapest. 28. X.
208. Proca et Vacilescu, Spirochète pâle. C. R. de la Soc. de biol. (24. VI.) S. 1044.
209. Quéry, L. C, Le microorganisme de la syphilis, inoculations expérimentales. Bull. des scienc. pharmacol. September.
210. Queyrat, Die Spirochaete pallida beim harten Schanker. Soc. méd. des hôp. 16. VI.
211. Derselhe, Diskussionsbemerkungen über die Spirochaete pallida. Soc. de dermat. et de syphil. 6. VII.

212. Queyrat et Joltrain, Spirochète de Schandinn dans lee chancree syphilitiques. Soc. méd. des hôp. 23 VI. 30. VI.
213. Queyrat, Levaditi et Feuillié, Constatation dn spirochaete de Schandinn dans la foie et la rate d'nn foetue macéré. Soc. franç. de dermat. et de syphil. 8. XII.
214. Rauhitschek, H., Über einen Fund von Spirochaete pallida im kreisenden Blnte. Wien. klin. Wochenschr. S. 752.
215. Reckzeh, Demonetrationen der Spirochaete pallida. Ges. der Charité-Ärzte. 2. XI.
216. Derselbe, Disknssionsbemerknng über Spirochaete pallida. Berlin. med. Ges. 24. V.
217. Reischauer, Ein weiterer Spirochätenbefund bei hereditärer Lues. Dentsche med. Wochenschr. S. 1350.
218. Reitmann, Karl, Zur Färhung der Spirochaete pallida Schaudinn. Dentsche med. Wochenschr. S. 997.
219. Renanlt, Alex., Diekussionsbemerkungen über Spirochaete pallida. Soc. de dermat. et de syphil. 6. VII.
220. Richards, M. O. nnd Hunt, Lawrence, Über das Vorkommen der Schaudinnschen Spirillen im Blute Syphilitischer. Lancet. 30. IX.
221. Dieeelben, Spirillenbefnnde bei Syphilie. Lancet. Nr. 4283.
222. Richter, Hane, Zur Kenntnie der konstitutionellen Albuminurie. Diss. Rostock.
223. Rille, Diskussionebemerkungen über Spirochaete pallida. Abt. f. Dermat. u. Syphil. der 77. Vers. dentsch. Naturf. n. Ärzte. Dermat. Zeitschr. Bd. 12. S. 770.
224. Derselbe, Über Spirochätenbefunde bei Syphilis. Münch. med. Wochenschr. S. 1377.
225. Rille und Vockerodt, A., Weitere Spirochätenbefunde bei Syphilis. Münch. med. Wochenschr. S. 1620.
226. Risso, A. e Cipollina, A., Spirochaeta pallida e infezione eifilitica. Riforma med. 26. August. Nr. 34.
227. Dieselben, Sulla presenza della spirochete di Schandinn-Hoffmann nelle ghiandole inguinali dei sifilitici eecondari. Riforma med. Nr. 31.
228. Róna, Der gangränöse, phagedänische, diphtherische Schanker der Autoren. Arch. f. Dermat. n. Syphil. (Bd. 67. S. 259. Bd. 72. S. 191) u. Bd. 77. H. 2 n. 3.
229. Róna, Samuel nnd Preis, Karl, Über die Spirochaete pallida. Vortrag in d. Budapester königl. Gesellschaft der Ärzte. 28. Oktober. (Peet. med.-chirurg. Presse. 1906. S. 458.)
230. Roecher, Untersuchungen über das Vorkommen von Spirochaete pallida bei Syphilis. Berliner klin. Wochenschr. S. 1382, 1418, 1447.
231. Rusch, Panl, Referat über die Verhandlungen der Abt. f. Dermat. u. Syphil. der 77. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Dermat. Zeitschr. S. 760.
232. Sabonrand, Diskuesionsbemerkungen über Spirochaete pallida. Soc. de dermat. et syphil. 6. VII.
233. Salmon, Présence du spirochaete pallida chez un enfant syphilitique héréditaire. Sem méd. S. 248.
234. Schaudinn, Korrespondenzen über Spirochaete pallida. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 43.
235. Derselbe, Schlusswort zur Diskussion über Spirochaete pallida. Berliner med. Ges. 23. V.
236. Dereelbe, Zur Konntnis der Spirochaete pallida. Dentsche med. Wochenschr. S. 1165, 1665. (Mit Nachtrag S. 1728.)
237. Schaudinn u Hoffmann, E., Die Spirochätenbefunde bei Syphilie. Berliner med. Gee. 17. V. (Diskuss.: Thesing, Buschke, Pielicke, Wechselmann, Löwenthal, Lassar, Reckzeh, W. Schulze.)
238. Dieselhen, Sur la présence des spirochètee dens lo suc dee ganglions lymphatiquee des eyphilitiques. Ann. de thérap. derm. et syphil. S. 313.
239. Dieeelben, Über Spirochätenbefunde im Lymphdrüsensaft Syphilitischer. Deutsche med. Wochenschr. S. 711.
240. Dieeelhen, Über Spirochaete pallide bei Syphilie und die Unterschiede dieser Form gegenüber anderen Arten dieser Gattung. Berliner klin. Wochenschr. S. 673. Mit Nachtrag S. 726.
241. Dieselben, Vorläufiger Bericht über das Vorkommen von Spirochäten in syphilitischen Krankheitsprodukten und bei Papillomen. Arbeiten a. d. kaiserl. Gesnndheitsamte. Bd. 22. S. 527.
242. Scherber, Diekussionsbemerknngen über Spirochaete pallida. Wien. Dermat. Gee. 24. V.

243. Schönfeld, P., Virus syphilitique et syphilis expérimentale. Thèse de Montpellier.
244. Scholtz, W., Über den Spirochätennachweis bei Syphilis. Deutsche med. Wochenschr. S. 1467.
245. Derselbe, Über das Vorkommen von Spirochäten bei Syphilis. Verein f. wissenschaftl. Heilk. in Königsberg i. Pr. 13. XI.
246. Schor, G. W., Zur Frage über Spirochaete pallida. Russischer Arzt. Nr. 36.
247. Schridde, Herm., Spirochätenbefunde bei einem Falle von kongenitaler Syphilis Ärztl. Verein zu Marburg 19. VII.
248. Schüller, M., Über die protozoischen Erreger der Syphilis. Deutsche Ärztezeitung. H. 12.
249. Derselbe, Über Schaudinn und Hoffmann, „Über Spirochätenbefunde im Lymphdrüsensaft Syphilitischer." Zentr.-Bl. f. Bakteriol., Parasitenk. u. Infektionskrankh. Bd. 36. Nr. 24 u. 25.
250. Schulze, Franz Eilhard, Cytorrhyctes luis Siegel. Berliner klin. Wochenschrift. S. 653.
251. Schulze, W., Diskussionsbemerkung über Spirochaete pallida Berlin. med. Ges. 23. V.
252. Derselbe, Impfungen mit Luesmaterial an Kaninchenaugen. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 43. Jahrgg. Bd. 2. S. 253.
253. Selenew, J. F., Über Spirochaete bei Syphilis. Protokolle der Charkower Dermatologischen u. Venerologischen Gesellschaft. Sitzung am 17. Mai. Russisches Journal der Haut- und venerischen Krankheiten. T. IX. Mai.
254. Derselbe, Über Spirochaete bei Syphilis. Zweite Mitteilung. Russisches Journal der Haut- u. venerischen Krankheiten. T. X. September.
255. Sellheim, Demonstration der in Syphilisherden gefundenen Spirochaete pallida von Schaudinn und Hoffmann. Verein Freiburger Ärzte. 30. VI.
256. Siebert, Conrad, Über die Spirochaete pallida. Deutsche med. Wochenschr. S. 1642.
257. Derselbe, Demonstration von Spirochaete pallida. Schles. Ges. f. vaterländ. Kultur in Breslau. 30. VI. (Disk.: Klingmüller.)
258. Derselbe, Nach Giemsa gefärbte Präparate von Spirochaete pallida aus einem Primäraffekt. Breslauer Dermat. Verein. 6. VI.
259. Siegel, Diskussionsbemerkung über die Erreger der Lues. Berl. Ophthalmol. Ges. 21. XII.
260. Derselbe, Neue Untersuchungen über die Ätiologie der Syphilis. Münch. med. Wochenschr. S. 1321, 1324.
261. Derselbe, Untersuchungen über die Ätiologie der Syphilis. Anhang zu den Abhandl. der kgl. preuss. Akad. der Wissensch.
262. Simonelli, F. e Bandi, I., Di un metodo rapido di colorazione della spirochaete pallida. Gazz. degli osped. 21. August. Nr. 105.
263. Sobernheim, G. und Tomasczewski, Über Spirochaete pallida. Münch. med. Wochenschr. S. 1857.
264. Sobolotny, Spirochäten bei Syphilis. Russk. Wratsch. Nr. 23.
265. Sokolow, Demonstration der Spirochaete pallida Schaudinn. Moskauer Venerol.-dermatol. Ges. 6 19. XI.
266. Solger, F. B., Die Syphilisforschung und das Vererbungsproblem. Dermatol. Zentralbl. S. 290.
267. de Souza jun. und Pereira, Gilberto, Über das Vorkommen von Spirochaete pallida bei akquirierter und kongenitaler Syphilis. Berliner klin. Wochenschrift. S. 1385.
268. Spitzer, Diskussionsbemerkungen über Spirochaete pallida. Abt. f. Dermat. Syph. der 77. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Dermat. Zeitschr. Bd. 12. S. 770.
269. Derselbe, Nachprüfungen der Schaudinnschen Spirochätenbefunde. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges. 24. V. (Diskuss.: Lipschütz, Nobl, Scherber, Oppenheim, Ehrmann, Finger, Mraček.)
270. Derselbe, Über Spirochätenbefunde im syphilitischen Gewebe. Wien. klin. Wochenschr. S. 822.
271. Derselbe, Zur ätiologischen Therapie der Syphilis. Wiener klin. Wochenschr. S. 1171.
272. Stiles and Pfender, Spirochaete pallida. Amer. Medicine. 2. XII.
273. Süpfle, Über Spirochätenbefund in Vaccinelymphe. Naturhistor.-med. Verein Heidelberg. 25. VII.
274. Taylor and Ballenger, Spirochaete pallida. Journ. of the Amer. med. Assoc. Nr. 20.

275. Theeing. Diskussionsbemerkung über Spirochaete pallida. Berl. med. Ges. 17. V. u. 24. V.
276. Theeing, Ein Wort zu dem Aufsatze von Dr. Giemsa „Bemerkungen zur Färbung der Spirochaete pallida", mit Erwiderung von Giemea. Deutsche med. Wochenschr. S. 1279.
277. Derselbe, Kritische Bemerkungen zur Spirochaete pallida bei Syphilis. Münch. med. Wochenschr. S. 1337.
278. Thibierge, La réaction palpébrale des singes macaques à la syphilis. Soc. méd. des hôp. 2. Juni.
279. Thibierge, G. et Ravant, P., Inoculation de produits syphilitiques au bord libre de la paupière chez les singes macaques. Ann. de dermatol. et de syph. Juli.
280. Tomasczewski, Diskussionsbemerkungen über Spirochaete pallida. Abt. f. Dermat. u. Syphilis der 77. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Dermat. Zeitschr. Bd. 12. S. 770.
281. Tschlenow, Diskussionsbemerkung über Spirochaete pallida. Moskauer Venerol. u. dermat. Ges. 6 19. XI.
282. Vaccari, A., Le recenti scoperte sulla etiologia della sifilide; cytorrhyctes luie (Siegel) e spirochaete pallida (Schaudinn). Ann. di med. navale. Juli-August.
283. Veillon et Girard, Présence du spirochète pâle dans la roséole syphilitique. Soc. de biol. 23. Dez.
284. Vincent, Diskussionsbemerkung über Spirochaete pallida. Soc. méd. des hôp. 23. u 30. VI.
285. Viviani, U., Pazzi e venerei bestiali. Cesalpino. November u. Dezember.
286. Vockerodt, Weitere Spirochätenbefunde bei Syphilis. Med. Ges. zu Leipzig. 25. VII.
287. Derselbe, Weitere Spirochätenbefunde bei Syphilis. Münch. med. Wochenschr. S. 2060.
288. Vogt, Demonstration der Spirochaete pallida im Schnitt. Ges. d. Ärzte in Wien. 15. XII.
289. Volk, Demonstration von Schnitten aus einer primären Sklerose und aus der Leber eines hereditär luetischen Kindes, mit Spirochäten. Ges. der Ärzte in Wien. 15. XII.
290. Derselbe, Diskussionsbemerkung über Spirochaete pallida. Ges. der Ärzte in Wien. 26. V.
291. Derselbe, Diskussionsbemerkungen über Spirochaete pallida. Wien. Dermatol. Ges. 24. V.
292. Vuillemin, Paul, Sur la dénomination de l'agent présumé de la syphilis. Compt. rend. hebd. des séanc. de l'Acad. des Scienc. Tome 140. S. 1567. Acad. des Scienc. 5. Juni.
293. Wechselmann, Diskussionsbemerkung über Spirochaete pallida. Berlin. med. Ges. 24. V.
294. Wechselmann und Löwenthal, Wald., Untersuchungen über die Schaudinn-Hoffmannschen Spirochäten in syphilitischen Krankheitsprodukten. Med. Klinik. S. 657.
295. Dieselben, Zur Kenntnis der Spirochaete pallida. Med. Klinik. S. 838.
296. Weitlaner, F., Noch einiges über die Spirochaete pallida. Wien klin.-therapeut. Wochenschr. Nr. 45.
297. Werther, Demonstration der Spirochaete pallida bei Syphilis. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Dresden. 21. X.
298. Widal, Diskussionsbemerkung über Spirochaete pallida. Soc. méd. des hôp. 2. VII.
299. Woltere, M., Über die bei Syphilis gefundenen Spirochäten. Naturforsch. Ges. in Rostock. 30 XI.
300. Derselbe, Umfrage über die ätiologische Bedeutung der Spirochaete pallida und des Cytorrhyctes luis für die Syphilis. Med. Klinik. S. 1342.
301. Zabolotnii, D. K., Spirochäten bei Syphilis. Russischer Arzt. Nr. 23.
302. Comment faut-il appeler l'agent présumé de la syphilis? Sem. méd. S. 615.
303. Forschungsergebnisse: Einige bei den Menschen gefundene Spirochäten. Med. Klinik. S. 706.
304. Techniques pour la coloration des spirilles. Presse méd., 24. V., La Syphilis, T. III, S. 521 und Rev. prat des mal. cut., syphil. et vénér., S. 187.
305. Umfrage über die ätiologische Bedeutung der Spirochaete pallida und des Cytorrhyctes luis für die Syphilis. Med. Klinik. S. 1342.

In folgendem soll über den gegenwärtigen Stand[1]) der Forschungen über die Ätiologie der Syphilis zusammenfassend referiert werden.

Die von Schandinn nnd Hoffmann entdeckte und von ihnen zuerst in syphilitischen Produkten nachgewiesene Spirochaete pallida ist hente fast allgemein als die Erregerin der Syphilis anerkannt, so dass icb mich nur mit ihr zu heschäftigen hahe.

Bei der ausserordentlich grossen Reichhaltigkeit des Stoffes und der grossen Fülle von Arheiten soll nur der hervorragendsten Charakteristika nnd Merkmale Erwähnung getan werden. Aus ehendemselben Grunde hahe ich auch nnr die Arheiten besonders benannt, welche als erste Neues in der Forschung hrachten.

Morphologie.

Die Spirochäten erscheinen sowohl lebend wie im gefärhten Präparat als zarte, lange, spiralig gewundene Fäden, deren Enden etwas spitz auslaufen. Sie besitzen ein geringes Lichthrechungsvermögen. Die korkzieherförmigen Windnngen sind von grosser Regelmässigkeit, nehmen aher nach den Enden zn an Höhe ah. Die Windungslänge heträgt nach den vorgenommen Messnngen 1—1,5 μ und die Windnngshöhe 1—1,5 μ. Als ein besonderes Charakteristikum der Spirochäte ist es anzusehen, dass sie diese spiraligen Windungen sowohl in Ruhe — anch noch nach der Färhnng —, als auch hei ihren Bewegungen heibehalten; die Veränderungen in der Form kommen lediglich unter dem Druck des umgehenden Gewehes zustande. Demgegenüher sind alle Spirillen, welche zur Verwechselnng Veranlassnng gehen könnten, in ihrer Form und Dicke, ausserordentlich variahel und hesitzen vor allem nicht die grosse Regelmässigkeit in den Windnngen. Nach Hoffmann (Verh. d. 9. Kongresses d. Deutsch. Dermat. Ges. 1906) heträgt die Zahl der Windungen 8—10—20 und noch darüher. Nach den Untersnchnngen von Bandi und Simonelli (6) hesitzt die Spirochaete pallida eine Länge von 4—14 μ und eine Breite von 0,3—0,5 μ; Angaben, die sich mit denen anderer Autoren fast völlig decken. (B.)

Bertarelli (Zentr.-Bl. f. Bakt. Bd. 41. S. 639) fand hei Osteochondritis infolge Lues congenita häufig völlig grade Spirochäten. Der Zweifel an der Richtigkeit seines Befundes wurde erst hehoben durch den Nachweis von Übergangsformen, von den „typischen spiralförmigen bis zu gradlinigen". Er nimmt an, dass der Druck der Gewehshündel direkt auf die Spirochäten einwirke, ein Verdacht, der ihm um so mehr gerechtfertigt schien, als die gradlinigen Spirochäten immer parallel mit den Bindegewebsfibrillen liefen, während die transversal zu den Bindegewehsfihrillen liegenden deutliche Windungen anfweisen. Es handelt sich also offenhar um eine seltene Deformität. (B.)

An den Enden der Spirochäten wnrden zuerst von Schaudinn (236), dann von Herxheimer und Löser (90) Geisseln gesehen. Schaudinn benntzte hierhei die von Löffler empfohlene Geisselfärhung. Sehr viel deutlicher werden die Geisseln jedoch, wenn man sie nach der Weidenreichschen Methode (Fol. haematol. 1906. Nr. 1) darstellt.

---

[1]) Der Herr Hauptreferent des Abschnittes hat, um der Aktualität gerade dieses Kapitels willen, die Ergebnisse des Jahres 1906 und teilweise 1907 mit berücksichtigt. Die zu diesen gehörigen vollständigen Literaturlisten werden in den Bänden 2 und 3 geliefert werden.

Auf diese Weise erhält man eine intensivere Rotfärbung der Spirochäten. Forest (Zentr.-Bl. f. Bakt. Bd. 42. S. 608), welcher diese Methode bevorzugt, ist der Ansicht, dass dadurch die Geisseln der Spirochaete pallida sehr viel deutlicher sichtbar werden, als die der anderen beim Menschen parasitierenden Spirochäten. Die Geisseln erscheinen als feine Fortsätze „von verschiedener Länge, mehr oder weniger geschlängelt". Bei der Spirochaete pallida sitzt fast immer an jedem Ende eine Geissel, seltener nur an einem Ende. Sehr auffallend sind die Bilder mit seitenständigen Geisseln, die aber wohl durch Abreissen entstehen. Manchmal sieht man die Geisseln in nicht ganz festem Zusammenhang mit der Spirochäte; manchmal fehlen sie am Ende und haften dann in der Mitte (Forest). Stellenweise sehen die Geisseln verdickt aus, wodurch man überhaupt an der Geisselnatur zu zweifeln veranlasst werden könnte. (B.)

Hoffmann und Prowazek (Zentr.-Bl. f. Bakt. Bd. 41, S. 741 u. 817) haben bei Mundspirochäten und Balanitisspirochäten ähnliche Fortsätze gefunden. Sie konnten jedoch feststellen, dass es sich hier um Fortsätze des Periplastes handelte. Ob wir es bei der Spirochaete pallida mit Geisseln oder mit denselben Periplastfortsätzen zu tun haben, ist noch nicht zu entscheiden. Schaudinn (236) will bei kürzeren und dickeren Individuen wiederholt an einem Ende zwei Geisseln gesehen haben, die er für Stadien der Längsteilung gehalten hat. (B.)

Die Frage über die Fortpflanzung harrt ebenfalls noch der Entscheidung, und hiermit natürlich in engem Zusammenhang die Frage, ob die Spirochaete pallida den Bakterien oder den Protozoen zuzurechnen sei. Zu den Bakterien rechnen sie Laveran, Levaditi und Zettnow. Sie wollen Geisselbüschel und Querteilung nachgewiesen haben. Schaudinn und seine Anhänger verteidigen dagegen die Protozoennatur der Spirochäten energisch. Sie glauben Längsteilung und undulierende Membran beobachtet zu haben (Prowazek [236]). Man sieht an einigen Exemplaren in der Mitte eine Verdünnung; diese kann aber sowohl auf Querteilung schliessen lassen, wie auf das Endstadium einer Längsspaltung. Auch die Y-förmigen Exemplare erbringen nicht ohne weiteres den Beweis der Längsteilung, weil sie ja auch durch zufällige Aneinanderlagerung entstanden sein können. Diese Formen wurden von Schaudinn, Hoffmann, Herxheimer, Krysztalowicz und Siedlecki (Mon.-Hefte f. prakt. Derm., Bd. 63, H. 1) beschrieben und werden von ihnen als für die Längsteilung sprechend angesehen.

Die beiden letzten Autoren wollen sogar Übergänge von Spirochäten zu Trypanosomen beobachtet haben und Geschlechtsformen unterscheiden können, wobei sie die Spirochäten als ungeschlechtliche Form und die Trypanosomen als geschlechtliche Form der Parasiten ansehen. Ihre Angaben bedürfen jedenfalls noch der Bestätigung. (B.)

Die von Prowazek (Arbeiten a. d. Kais. Gesundheitsamt, Bd. 23) bei der Hühnerspirochäte beschriebene undulierende Membran hält v. Zettnow für Schmutzsäume. Forest (Zentr.-Bl. f. Bakt., Bd. 42, S. 608) ist es gelungen, zweimal einen zarten florartigen Saum, der die Spirochaete pallida einseitig begleitet, zu photographieren. Allerdings ist es ihm nicht gelungen, durch Quellung mit Karbolsäure oder destilliertem Wasser nach dem Vorschlage v. Prowazeks die undulierende Membran leichter sichtbar zu machen. Dagegen ist ihm an den Stellen eine Verbreiterung der undulierenden Membran aufgefallen, wo im Inneren des Spirochätenleibes eine ovale Verdichtung ist. Diese Verdickung — von

ihm als Kern angesprochen — liegt meistens in der dritten Windung. Eine zweite, undentlich hervortretende Verdickung kann er nicht nnterscheiden von ännseren Anflagerungen. Ans demselben Grunde dentet Herxheimer die von ihm anch gesehenen Kerne sehr vorsichtig. (B.)

Mulzer (Arch. f. Derm. n. Syph., Bd. 79, S. 387) hat ebenfalls nach der Färhnng mit heissgesättigter Gentianaviolettlösung körnige Gehilde innerhalb des Spirochätenleibes; dann solche, die ihm anlagen und schliesslich solche, die gänzlich ausserhalh des Leibes lagen, gesehen. (B.)

Wechselmann und Löwenthal (Biophysikal. Zentr.-Bl. 06) konnten mit Hilfe des Ultramikroskops in jeder Spirochäte einen Kern entdecken.

Sollte es sich mit Sicherheit nachweisen lassen, dass tatsächlich in den Spirochäten Kerne vorhanden sind, so würde dieses ein wichtiges Beweisstück sein für ihre Protozoennatnr. (B.)

In einer ehen erschienenen Arheit macht Mühlens (Zentr.-Bl. f. Bakt., Bd. 43, S. 586) auf die Symbiose von Bacillus fusiformis mit Spirochäten im allgemeinen aufmerksam, die er auch mit der Spirochaete pallida allein heobachtet hat. Anch uns ist dieses Zusammenlehen bereits des öfteren aufgestossen, allerdings meist in solchen Fällen, wo nehen Pallida auch Refringens vorhanden waren.

Er heohachtete knopfartige Verdickungen an den Enden nnd fand auch Spirochäten, deren Windungen nicht alle gleichmässig steil waren, die er aher trotzdem für echte Spirochäten hält, da „hei so flexihlen Gehilden, wie es Spirochäten sind, in Ausstrichpräparaten je nach der Art des Ansstreichens, des Austrocknens, des fixierten Bewegungszustandes nsw. verschiedene Bilder znstande kommen können". (B.)

Neuerdings teilt Mühlens (Zentr.-Bl. f. Bakt., Bd. 43, S. 674) nach weiteren Untersuchungen mit, dass neben den typischen Pallidaformen auch atypische in Schnitten und Ausstrichen vorkämen, solche „mit ansgezogenen Windungen, mit aufgerollten und knopfartig verdickten Enden nnd manchmal anch die als Teilnngsstadien angesehenen Formen". (B.)

Die Bewegnngen der Spirochäten sind Drehungen nm ihre Längsachse, und Bengungen des ganzen Körpers sowohl, wie nur ihrer Enden. Diese Bewegungen können recht lehhaft ausgeführt werden, während dann wieder eine geraume Zeit vollständiger Stillstand eintritt. Bei ihren Bewegungen heften sie sich oft mit einem Ende an einem Erythrozyten fest. Ziemlich langsam sind die Vorwärts- und Rückwärtshewegungen hei Ortsveränderungen, so dass man die Spirochäten oft lange an demselben Fleck heohachten kann; dann verschwinden sie ziemlich langsam sich voranschraubend aus dem Gesichtsfeld. Häufig sieht man eigentümliche Wellenhewegungen längs des ganzen Zellleibes und auch hin nnd wieder Kontraktionshewegungen. Man beobachtet die Bewegungen am besten hei der Untersnchung im Dnnkelfeld.

Mit Hilfe dieser Eigenhewegungen schranben sich die Spirochäten dorthin weiter, wo sich ihnen der geringste Widerstand bietet, in die interzellularen Zwischenränme, wobei ihre Richtung natürlich nicht unwesentlich von dem Lauf des Lymphstromes heeinflusst wird. (B).

Über die Lebensdauer der Spirochäten ist noch nichts Bestimmtes zu herichten. Ich habe häufiger lehende Spirochäten in syphilitischen Föten 36 his 48 Stunden nach dem Ahort gefunden. Üher 48 Stnnden

hinaus scheinen sie aber abzusterben; bereits mit 24 Stunden werden ihre Bewegungen weniger lebhaft. (B.)

Die Untersuchungen Selenews (253) umfassen 76 Fälle von Syphilitikern und 25 von Nicht-Syphilitikern. Färbungsmethoden nach Marino und Giemsa. Von 76 Fällen bei Syphilitikern wurde Spirochaete pallida 15 mal gefunden. Bei mit Syphilis nicht behafteten Personen kommen drei zweifelhafte Resultate bei Carcinoma uteri, Erythema exsudativum cutis und Lupus vulgaris vor. Spirochaete refringens kann in sehr langen Fäden wachsen. Spirochaete pallida ist dem Verf. in drei Varietäten vorgekommen: Korkenzieherförmige, sehr zarte, losgedrehte und korkenzieherförmige mit einem langen glatten, stockförmigen Ende, gewöhnlich neben einem roten Blutkörperchen. Autor bemerkte, dass das Blutkörperchen diesen stockähnlichen Teil von Spirochaete enthalten kann. Er bestätigt auch den Fund von Herxheimer und sah glänzende Körperchen in der Spirochäte. Verf. fand die Teilung des Endes der Spirochaete pallida nicht nur in zwei Teile (Schaudinn), sondern auch in mehrere Teile. Selenew enthält sich eines entschiedenen Urteils über die Rolle von Spirochaete pallida bei Lues. (S.)

Kulturen.

Es ist ausserordentlich schwierig, durch die mikroskopischen Untersuchungen die Natur der Spirochäten biologisch und morphologisch genau festzustellen. Sehr viel mehr darf man daher von dem Züchtungsverfahren erwarten; auf diesem Wege wird es vielleicht gelingen, auch Kenntnis zu bekommen von den verschiedenen Entwickelungsformen. Aber alle bisherigen Versuche haben das gewünschte Resultat noch nicht gebracht.

Lenriaux und Geets (Centr.-Bl. f. Bakt., Bd. 41, S. 684) haben Luetiker, welche mit Sekundärerscheinungen behaftet waren, lumbal punktiert. Sie haben die Lumbalflüssigkeit mit neutraler peptonisierter Bouillon gemischt in Teilen 1 : 2 und bei 37 Grad in den Brutschrank gestellt. Drei bis vier Tage blieb die Bouillon klar. Bei Untersuchung im hängenden Tropfen bemerkten sie kleine Körperchen mit raschen eckigen Bewegungen und folgender langsamer Kontraktion nach Ausdehnungsbewegungen. Sie zentrifugierten, liessen einige Tage stehen, untersuchten dann wieder und fanden den Siegelschen Cytorrhyctes und andere Gebilde, die sie als Entwickelungsformen auslegten. Forest (Centr.-Bl. f. Bakt., Bd. 42, S. 608) ist hierüber der Ansicht: „Wenn also die gezüchteten Formen von vornherein etwas anderes als Spirochaete pallida zu sein scheinen, so sind auch die Figuren wenig dazu angetan, die Zweifel zu entkräften. Einzelne stellen direkt Bakterien dar. Dass Formen sich finden lassen, die mit den Siegelschen Cytorrhycten identifiziert werden, bietet keinen Anlass, die Kultur als Spirochaete pallida zu bezeichnen.“ Die Angaben dieser beiden Forscher sind sehr vorsichtig aufzunehmen. Eine weitere Bestätigung ist wohl kaum zu erwarten, da sie die Cerebrospinalflüssigkeit als Ausgangsmaterial benutzten, „in der sie Spirochäten nicht nachgewiesen haben, und bei der von anderen nie Spirochäten gefunden worden sind“ (Forest). (B.)

Bertarelli, Volpino und Bovero (15) verimpften Drüsensekret von Luetikern im Menschenblut; De Souza und Pereira (267) setzten

dem Blut Natr. citric. und Kochsalz zu. Ihre Resultate fielen negativ aus. (B.)

Dagegen scheinen die Untersuchnngen von Volpino nnd Fontana (Zentr.-Bl. f. Bakt., Bd. 42, S. 666) vielleicht einen Fortschritt in der Spirochätenforschung zu bedeuten. Wenn anch ihre Methode noch keine Reinkulturen von Spirochäten gezeigt hat, so scheint ein Anreicherungsverfahren derselben nnter günstigen Lebensbedingungen gelungen zn sein. Sorgfältig mit Seife und Äther gereinigte fenchte Papeln und Stückchen von Primäraffekten werden in kleinste Stückchen geschnitten nnd den verschiedensten Nährflüssigkeiten zugesetzt. längere Zeit hei 37 Grad im Brutofen gehalten und nntersucht. Als Nährflüssigkeit diente den Verff. steriles Menschenblut, Menschenblut mit Zusatz von Natronzitratlösnng, Blutserum, Aszitesflüssigkeit mit 20 % Fischleim versetzt, durch Kochen von Kalbsfüssen erhaltene Gelatine, mit Traubenzucker versetzte Kalhsgelatine. Der grösste Teil des Untersnchungsmaterials wurde, wie sie sich schon bald überzeugen konnten, durch Mikroorganismen jeglicher Art verunreinigt. Ein kleiner Teil der Gläser blieh jedoch steril his zum 40. Tage. Sie stellten nnn durch regelmässige Untersnchnngen zunächst fest, dass sowohl in den sterilen, wie auch in den unreinen Gläsern die Spirochäten im Innern der Gewebsstückchen (20—25 Tage lang) ihre typische Form und Färbharkeit beihehielten und dass die Zahl der Spirochäten im Innern der Gewebsstückchen anwnchs, nicht nur in den sterilen Gläsern, sondern auch in den verunreinigten. In letzteren beohachteten sie sogar nehen der Vermehrung von Mikroorganismen eine Vermehrung der Spirochäten so lange, bis die Gewebsstückchen förmlich von Mikroorganismen angefüllt waren. Die Vermehrung der Spirochäten war natürlich in den sterilen Gläsern eine noch sehr viel grössere. Dann brachten sie syphilitische Gewebsstückchen, in denen aber dnrch wiederholte mikroskopische Untersuchung keine Spirochäten zu finden waren, in die Nährflüssigkeiten; nun konnten sie eine langsam steigende Anreicherung der Spirochäten — bis zum 20. Tage — heobachten; einmal gelang ihnen sogar eine, allerdings spärliche, Vermehrung in einem Gumma, welches 40 Jahre nach dem Primäraffekt aufgetreten war. Daranf brachten sie syphilitische Produkte mit nicht syphilitischen Gewehsstückchen von der Haut und Schleimhaut zusammen, um zu beohachten, ob die Spirochäten von dem kranken auf das gesunde Gewebe überwucherten. Die meisten Versuche verliefen resultatlos; aber in einigen Fällen waren jene doch übergewuchert und zweimal derart, dass sie in beiden Gewebsstückchen gleich zahlreich vorhanden waren.

Die Verff. konnten also durch diese Versuche feststellen, dass eine Anreicherung der Spirochäten innerhalb des syphilitischen Gewebes möglich ist, dass ferner die Spirochäten eine ausserordentliche Widerstandskraft „gegen die Lebenskonkurrenz der anderen Mikroorganismen und die dnrch sie hedingten Zersetzungsprozesse in vitro besitzen“.

Über die Form der Spirochäten geben sie noch an, dass sie meistens gut isoliert, häufig aber „durcheinander verstrickt“ auftraten. Neben solchen von normaler Durchschnittslänge lagen kürzere und längere, letztere sogar bis zu zwei- his drei- his viermaliger Länge; anch die Windungen waren manchmal erweitert; einige waren in der Mitte erweitert, sahen spindelförmig aus; ferner sahen sie Formen, die nach ihrer Lage auf eine Längsteilung schliessen liessen.

Diese Untersnchungen haben noch keine weitere Bestätigung von anderer Seite erfahren. (B.)

Lage.

Bei Untersnchung in frischem Zustande nnd in Ausstrichpräparaten findet man die Spirochäten am hänfigsten in der Nähe der roten Blutkörperchen. Über ihre Lageverhältnisse erhält man an Ansstrichpräparaten nur wenig Anfschluss; dazu bedarf es der Untersuchung im Gewebe. Hier ist von vorneherein zn bemerken, dass man sie niemals in gesundem Gewebe findet, auch bei der erworbenen Lnes nicht, sondern immer nur in dem spezifisch erkrankten, und zwar stets im oder in der Nachharschaft des Grannlationsgewebes (Bertarelli und Volpino [15]), z. B. in einem Primäraffekt, in der Nähe der Gefässe der Drüsen, in den Lymphränmen zwischen den Bindegewebs- und Muskelfaserbündeln. In den Lymphränmen liegen sie zahlreich, seltener in den Gefässlnmina. Dieselben Untersncher fanden sie bei Schleimhautpapeln in den Oberflächenschichten nur sehr spärlich, zahlreich in den mittleren und tieferen Partien des Rete Malpighi, ferner in der Cutis bis hinab in das snbkutane Gewebe. Interessant ist ihre Lage im granulösen Gewebe zn den Zellen; sie liegen nicht nnr um sie herum, als ob sie sie „streckenweise umarmten“, sondern wahrscheinlich auch innerhalb der Zellen. Bei Querschnitten von Blutgefässen sieht man sie ringförmig nm ihre Peripherie gelagert; manchmal durchdringen sie die Gefässwand fast senkrecht, andere sind diesen Weg hereits gegangen nnd liegen innerhalb der Lumina der kleinen Gefässchen und Kapillaren. Ähnlich verhalten sie sich den Lymphdrüsen gegenüher; einige findet man in der Wand, einige innerhalb der Drüsenlumina. Sehr zahlreich sieht man die Spirochäten die Lymphgefässwandnngen durchdringen nnd in den Lymphspalten gelegen. Blaschko (Berlin. kliu. Wochenschr. 07, S. 336) hringt in seiner letzten Arheit Abbildungen, auf denen er die Spirochäten „in der homogenen, keinerlei Struktnr aufweisenden Lymphe“ schwimmend zeigt. Wie in der Frühperiode verhalten sich die Spirochäten in hezug auf ihre Lage dem Gewehe gegenüher anch bei tertiärer und bei kongenitaler Syphilis. Im Knochengewehe konstatierte Bertarelli (Zentr.-Bl. f. Bakt., Bd. 41, S. 639) das endozellulare Vorkommen der Spirochäten; er vermutet allerdings, „wahrscheinlich infolge passiven Eindringens“: „Es hestehen nnzweifelhaft Beziehungen der Spirochäten zu den Lymph- und Bluthahnen, durch die jedoch wahrscheinlich nur ihre Verhreitnng im Körper stattfindet, während ihre Vermehrnng, nach der grösseren Zahl ihres Vorkommens zn schliessen, im umliegenden Gewehe anzunehmen ist. Dabei zeigen die ganz oder teilweise in der Gefässwand anzutreffenden Exemplare den Weg, auf dem die Auswanderung vor sich zu gehen scheint.“ — Frohwein (Med. Klinik 06, Nr. 17). (B.)

Von besonderem Interesse ist das Auftreten der Spirochäten innerhalb der Zellen. Levaditi (142) konstatierte als erster eine gewisse Anhänfung von Spirochäten, allerdings im Gewebe, und hezeichnete dies als Agglutinierungsphänomen. Dagegen wandten sich Bandi und Simonelli (Zentr.-Bl. f. Bakt., Bd. 41, S. 741 u. 817), welche diese Anhänfung nur im Innern der Zellen beohachtet haben wollten. Auf Grund ihrer ersten, nicht sehr zahlreichen Beobachtungen sprechen sie von einem Zellparasitismus, „weil man diese Keimgruppierungen beständig

in der Mitte des Zellenprotoplasmas des Grundes der Papeln wahrgenommen hat, eine Auslegung, die nach nnserer (B. u. S.) Meinnng mit dem Wesen der syphilitischen Erscheinnngen in Beziehung zn stehen scheint." Sie fanden diese „parasitierten Zellen" auch anf den Wölbnngen üher den Augen bei geimpften niedrigen Affen. Zwar fanden sie hier keine typische Spirochaete pallida, wohl aber im Innern der „hydropischen Zellen mit wenig färbharem und in den Umrissen schlecht begrenztem Protoplasma Anhäufungen sehr dünner filiformer Elemente, wovon die einen gradlinig, die anderen wellenförmig" laufen. Wenn sie dieselhen auch nicht mit Sicherheit für echte Spirochäten erklären wollen, so haben sie doch „die Bedeutung eines wahren und wirklichen Zellparasitismns". (B.)

Später stellte Levaditi (Annales de l'Institut Pastenr, T. 20, S. 41) fest, dass die Spirochäten in die Wände der Bluthahnen nnd von hier aus in die „edleren Zellen und das Bindegewehe" eindringen und in diesen mehr oder minder tiefe Veränderungen hervorrufen. Mit Vorliehe suchen sie die Glandularepithelien auf; ferner das Protoplasma z. B. der Leber- und Nierenzellen nnd der Schweissdrüsen. Levaditi sagt: „Dieses zeigt an, dass es irrtümlich wäre, ohne weiteres die Hypothese anzunehmen, nach welcher das pathogenetische Agens der Syphilis ausschliesslich das Gefäss- nnd Bindegewehe angreift, eine Annahme, die von der Mehrheit der Läsionen der Gefässe bei den syphilitischen Prozessen ahgeleitet wurde."

Bei diesem Vorgange ist es natürlich von Wichtigkeit festzustellen, oh es sich hier um den Ausdruck der Lehenskraft handelt. „Wenn man heweisen könnte, sagt Levaditi, dass das intrazellnläre Vorhandensein der Spirochäten ein Lebensphänomen sei, würde man die Erklärung der Erhaltung des Virus syphiliticnm während des Stadiums besitzen, dass dem Aushruch der Hant- und Eingeweidesymptome vorangeht." (B.)

Nach Ehrmann (Dentsche med. Wochenschr. 06, S. 1115) üben die Bindegewehszellen und Leukozyten eine phagozytäre Wirknng anf die Spirochäten aus.

Diese Befunde nnd das endozellnläre Vorkommen sind jedoch keineswegs als Regel anzusehen. In Ansstrichpräparaten wie in Schnitten liegen sie zum grössten Teil extra- oder hesser interzellulär und nur hin und wieder trifft man sie vereinzelt innerhalh einer Zelle.

Ehrmann stellt weiter fest, dass die Spirochäten nicht nur in dem Perineurium, sondern auch im Innern der Nervenscheide, ja sogar in den Nervenhündeln selbst, zwischen den Nervenfasern zu finden sind. Im Iunern der Nerven liegen sie unmittelhar dem Neurilemm angelagert; den Achsenzylinder fand er unverändert. Durch Spirochäten verursachte Entzündungserscheinungen konnte Ehrmann mit Sicherheit nicht konstatieren. In dem Bindegewehe um die Nervenscheide herum liegen zahlreiche schöne Spirochäten. Ehrmann nimmt an, dass die Spirochäten längs der Lymphspalten des Bindegewehes an die Scheide und von da in die Nervenscheide gelangt sind. Ehrmann schliesst: „Es ist also mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit schon jetzt anznnehmen, dass die Spirochäten unter solchen Umständen in den Nerven ziemlich weit zentralwärts gelangen, und so wäre es nicht unmöglich, dass sie wie andere Krankheitserreger (Lyssa, Tetanus) langsam längs den Nervenhahnen aszendieren nnd später zu den parasyphilitischen

Nervenerkrankungen, namentlich der Tabes führen. Der Umstand, dass die Tabes in den allermeisten Fällen im Lendenmark beginnt, würde für diese Annahme nm so mehr sprechen, als wir ja wissen, dass das Virus, in einzelnen Depots lokalisiert, sich jahrzehntelang latent erhält." (B.)

In den abgeschälten Gewebsfetzen hypertrophischer arrodierter Papeln, im Lymphdrüsensaft nnd einmal auch im Blnt wurde sowohl in frischen wie in nach Giemsa gefärhten Präparaten (12—36 Stunden lange Färhung) durch Bandi nnd Simonelli (5) die Spirochaete pallida nachgewiesen; zuweilen wurden sogen. richtige Spirochätenhaufen, wie sie auch von Levaditi beobachtet und als Agglutinationsphänomen gedeutet wurden, von Bandi und Simonelli angetroffen und als echter und eigentlicher Zellparasitismus hetrachtet. (V.)

Vorkommen.

Seitdem Schaudinn und Hoffmann ihre erste Forschungsresultate mitteilten „über das konstante Vorkommen einer eigenartigen Spirochäte in den infektiösen Krankheitsprodukten der Syphilis, ist über diesen Gegenstand eine Literatur erschienen, wie sie in der Geschichte der medizinischen Wissenschaft fast heispiellos dasteht". So beginnt Hoffmann seinen Bericht auf dem Dermatologen-Kongress in Bern (1906). Und die unendlich vielen in kurzer Zeit erschienenen Arbeiten, sie beschäftigen sich zunächst mit dem Nachweis der Spirochäten in den Krankheitsprodnkten der Lues. Interessant ist, wie nach den ersten drei, äussert vorsichtig gehaltenen Arbeiten der beiden Forscher, eine Arbeit nach der anderen erschien, jede die ersten Mitteilungen bestätigend, immer aber in derselhen vorsichtigen, keine festen Schlüsse ziehenden Weise. Als es dann aher allmählich dem nnermüdlichen Fleiss gelang, in fast allen Prodnkten der Syphilis dieselhen Spirochäten nachzuweisen, da durchhrach die anfängliche Skepsis die feste Überzeugung, dass wir es endlich mit dem so lange gesuchten und den so „oft gefundenen" Syphiliserreger zu tnn hatten. Die grösste Mehrzahl — nur einige wenige ausgenommen — konnte sich dem erdrückenden Beweismaterial nicht verschliessen. Und jetzt, nachdem noch nicht zwei Jahre seit den ersten Publikationen von Schandinn und Hoffmann verstrichen sind, gibt es kaum mehr ein Produkt der Syphilis, in dem sie nicht gefunden sind[1]). (B.)

Verhältnismässig leicht ist es, mit Hilfe der jetzigen Färhetechnik, die Spirochäten in frischen syphilitischen Effloreszenzen zu finden, so besonders im Primäraffekt, in nässenden Papeln, Kondylomen, wie überhaupt allem, was der sog. Sekundärperiode angehört. Dabei stellte sich schon gleich nach den ersten Untersnchungen heraus, dass die Spirochäten z. B. bei der Entnahme aus einem breiten Kondylom sehr viel zahlreicher zn finden waren, wenn die Ausstrichpräparate mit der Gewebsflüssigkeit gemacht wnrden und nicht mit dem Blute. Es gelang sehr schnell und leicht, sie in der Gewebsflüssigkeit nachzuweisen, auch in punktierten Drüsen. Bei einem frischen Primäraffekt findet man sie, wenn dieser erst wenige Wochen alt ist, sehr zahlreich. Je näher aber das Eruptionsstadium kommt, desto schwieriger wird der Nachweis im

[1]) Für den folgenden Teil sei ganz besonders verwiesen auf die Literatur von Hoffmann. (Verh. d. 9. Kongr. d. Deutschen Derm. Ges. in Bern. 1906.)

Primäraffekt. Aber in dieser Zeit finden sie sich in geschwollenen Lymphsträngen und den regionären Drüsen, verbreiten sich von hier aus weiter in die übrigen Drüsen des Körpers, in Übereinstimmung mit der klinischen Erfahrung, dass vor dem Exanthem bereits der grösste Teil der Körperdrüsen infiziert ist. Aber mit dem Exanthem findet man sie auch, wenn auch nicht so zahlreich, in den Roseolen, Papeln usw. Auffallend ist, dass man sie unter den ulzerösen Syphiliden der Lues maligna nicht oder nur äusserst spärlich findet, eine Tatsache, auf die zuerst von Hoffmann aufmerksam gemacht wurde, und die wir nach mehreren Befunden an unserer Klinik voll und ganz bestätigen können.

Man kann hieraus wohl mit Recht den Schluss ziehen, „dass die bösartigen Formen nicht durch die grössere Zahl der Spirochäten, sondern durch die Art der Reaktion des Organismus, durch seine geringe Widerstandsfähigkeit bedingt werden. (Hoffmann.) (B.)

So wurden sie also in allen Exanthemformen gefunden. Aber man vermisste sie eine Zeitlang in dem Blute Syphilitiker, während vorher, d. h. vor der Entdeckung der Spirochäten, dieses gerade besonders zum Gegenstand der Untersuchung gemacht worden war.

Nöggerath und Staehelin (180) gelang zuerst der Nachweis mit Hilfe einer besonderen Methode. Sie versetzten Blut mit zehnfacher Menge $^1/_3$ %iger Essigsäure, zentrifugierten und untersuchten den Bodensatz im Ausstrichpräparat. Diese positiven Resultate fanden bald von mancher Seite Bestätigung. Allerdings wollte Nigris (179) im Blut aus einer Papel an der Fusssohle eines hereditär luetischen Kindes neben Spirochaete pallida auch refringens gefunden haben. Andere Forscher untersuchten zuerst mit negativem Resultat. Doch steht heute die Anwesenheit von Spirochaete pallida im Blute der Syphilitiker während des Eruptionsstadiums ausser Frage. (B.)

Dagegen wurden sie nicht gefunden in der Spinalflüssigkeit von an frischer Lues leidenden Individuen; und ebenfalls nicht im Urin von Leuten, die frisch syphilitisch erkrankt waren, aber ohne Zeichen von Nierensyphilis. Ich habe eine Reihe von Untersuchungen vorgenommen an dem durch Katheterisieren gewonnenen Sekret der Parotis von frisch luetischen Individuen. Dadurch sollte festgestellt werden, ob die Spirochäten durch die unverletzten, d. h. nicht miterkrankten Drüsenepithelien ausgeschieden wurden. Aber alle Untersuchungen gaben das gleiche negative Resultat, so dass es nicht anzunehmen ist, dass die normalen Epithelien Spirochäten hindurch lassen. Hiermit stimmen auch die Ergebnisse der Untersuchungen überein, welche gemacht wurden am Sperma, Urin, Spinalflüssigkeit, Milch.

Wohl nimmt Schlimpert (Deutsche med. Wochenschr. 06, S. 1037) und mit ihm andere Autoren an, — er fand sie im Epithel der Tonsille — dass die Spirochäten sowohl Zylinder- wie Plattenepithel zu durchwandern vermögen, so dass sie auch in Sekreten vorhanden sein könnten, aber man muss dann immer eine Miterkrankung der betreffenden Organe annehmen. Aus ebendemselben Grunde ist es auch nicht wahrscheinlich, dass mit den Exkreten Spirochäten fortgeschwemmt werden; allerdings liegen — meines Wissens — Untersuchungen der Fäces nicht vor, wohl allein schon wegen der grossen Mühe und Zeit, die darauf verwendet werden müsste.

Sofort ändern sich natürlich die Resultate, wenn es sich um eine typische Organerkrankung handelt. So gelingt ohne grosse Mühe der

Nachweis von Spirochaete pallida in der Spinalflüssigkeit bei Meningitis luetica, und ebenfalls im Urin bei luetischer Nephritis. (B.)

Es muss hinzngefügt werden, dass die Spirochaete pallida nicht nur bei den syphilitischen Affektionen des Menschen gefunden wurde. Knrz vor ihrer Entdeckung war es Metschnikoff und Roux, und hald darauf Neisser, Lassar nnd anderen gelungen, experimentell bei höheren Affen Syphilis zu erzeugen; und Siegel konstatierte als erster die Empfänglichkeit der Kaninchen für Syphilis dadnrch, dass er zerkleinertes Syphilismaterial in das Kornealgewebe und in die vordere Augenkammer injizierte.

Und in allen bei diesen Tieren erzeugten syphilitischen Erscheinungen sind Spirochäten nachgewiesen worden. (B.)

Sehr viel schwieriger als der Nachweis der Spirochäten bei der Frühlues war der bei tertiären Erscheinungen. Die ersten Untersucher berichten immer von negativen Resultaten. Erst Doutrelepont und Grouven (Deutsche med. Wochenschr. 06, S. 908) und Tomasczewski (Münch. med. Wochenschr. 06, S. 1301) fanden dieselben einwandsfrei vor; ihre Resnltate wurden vielfach bestätigt. Allerdings sind die Spirochäten nur spärlich in tertiären Erscheinungen zn finden. Und hierin finden wir zngleich eine Bestätigung der alten klinischen Erfahrung über die Infektiosität der Spätsyphilis. Hierher gehören anch die Befunde von Reuter (Biol. Abt. des Ärztl. Vereins Hamburg, 16. I. 06) und Schmorl bei der Aortitis und von Benda (Berl. med. Ges., 4. VII. 06) bei Arteriitis cerebralis. (B.)

Über die Untersuchung bei kongenitaler Lues liegt ebenfalls eine grosse Menge von Arbeiten vor, welche beweisen, „dass nicht nur bei während der Geburt und kürzere oder längere Zeit danach verstorbenen Kindern, sondern auch bei mazerierten Früchten die Spirochaete pallida in grosser Zahl in den verschiedensten Organen vorkommen kann“ (Hoffmann). Hier sind sie in allen Organen gefunden worden — Leber, Lnnge, Niere, Nebennieren, Darm, Magen, Pankreas, Herz, Knochen usw. Manchmal findet man sie in ihnen in ganz ungeheurer Anzahl, so besonders in der Leber und der Nebenniere. Am zahlreichsten sind sie natürlich dort, wo bereits spezifische Veränderungen — Hepatitis interstitialis, weisse Pneumonie u. a. — vorhanden sind. Sie sind natürlich zahlreicher vorhanden, je früher die Infektion stattgefunden hat. In der Plazenta und in der Nabelschnur sind sie nur spärlich. In der Nabelschnur findet man sie innerhalb der Wandnngen der Venen und Arterien. (B.)

Zusammenfassende Übersicht der bis Mitte 1905 über diesen Gegenstand bekannt gewordenen Untersuchungsergebnisse und Publikationen durch Gussmann (86). (T.)

Pollio nnd Fontana (202) fanden zahlreiche Spirochäten in dem Exsudat einer syphilitischen Akne, niemals jedoch bei Akne vulgaris, serpiginösem Ulcus, venerischem Ulcus, einfacher Folliculitis. (V.)

In 10 Fällen fand de Pascalis (191) konstant in den spezifischen Veränderungen die Spirochaete pallida. (V.)

In der ersten Hälfte ihrer Arbeit beschreiben Krysztalowicz und M. Siedlecki (127), die bis jetzt erworbenen Resultate der Untersuchnngen über syphilitisches Gift, mit besonderer Berücksichtigung der Spirochaete pallida und ähnlicher Bildnngen. Weiter folgen eigene Untersuchnngen über Spirochaete pallida, aus denen folgende Schlüsse gezogen

werden: Am reichlichsten erscheinen Spirochäten in den Abschapseln nässender Papeln, weniger reichlich in syphilitischen Knötchen, noch weniger im Drüsensafte und in der Absonderung von Initialsklerosen. Was die Färbung anbelangt, so halten sie die Giemsamethode für die beste, obgleich sie viel Zeit in Anspruch nimmt.

Zum Schluss wird die Meinung ausgesprochen, dass die Spirochaete pallida der Erreger der Lues sei. (Kry.)

In einer mazerierten, totgeborenen Frucht von 6—7 Monaten fanden Brönnum und Ellermann (33) Spirochaete pallida in der Ausreibeflüssigkeit von der Milz in nicht beträchtlicher Menge, aber nicht in anderen Organen (Leber, Nebenniere und Plazenta). (R.)

Bei einem neun Wochen alten Kinde mit angeborener Syphilis wies Brönnum (31) die Spirochaete pallida nach in der Ausreibeflüssigkeit der Leber (bis 20 im Gesichtsfelde) und Milz (hier nur ein einzelnes Exemplar); in anderen Organen war sie nicht zu finden. (R.)

Von den zwölf untersuchten Fällen Becks (13) waren zehn zweifellose Fälle von Syphilis congenita, einer war zweifelhaft, und in einem Falle war akquirierte Syphilis vorhanden. In sieben von den zehn Fällen sicherer Syphilis congenita gelang es in Hautläsionen die Spirochaete pallida nachzuweisen. (T.)

An der Haut des 46 cm langen und 2700 g schweren tot zur zur Welt gekommenen Kindes aus Feldmanns (61) Beobachtung waren blasige Abhebungen vorhanden. In dem der Leber entnommenen Blute des Neugeborenen fanden sich in jedem Gesichtsfelde mehrere (bis zu zehn) Spirochäten, im Blute des Herzens waren weniger vorhanden. (T.)

Kurz nach der ersten Mitteilung von Schaudinn und Hoffmann fand Rasch die Spirochäten in einem Ulcus induratum, in der Punktionsflüssigkeit einer primären Adenitis, in dem abgeschabten Gewebe von zwei ulzerierten Papeln und in der Gewebsflüssigkeit einer exzidierten Papel. (R.)

Von 25 Frauen mit kondylomatöser Syphilis, welche noch nicht behandelt waren, wurde von Schor (246) Spirochaete pallida bei 15, und von 7 kondylomatösen Kindern bei 4 gefunden. Die Spirochäte wurde bei folgenden syphilitischen Erscheinungen wie Papeln, Angina, Condylomata lata gefunden und bei anderen wie Roseola, Gumma, inneren Organen von Syphilis hereditaria, Plazenta, verschiedenen Geschwüren etc. wurde die Spirochäte nicht beobachtet. Nach Verf. hat Spirochaete pallida, wie es scheint, Beziehungen zur Syphilis, aber es sind noch keine wissenschaftlichen Grundlagen vorhanden, um ihr die Rolle des Syphiliserregers beizulegen. (S.)

Es wurden von Criky (45) sieben Fälle, alle mit positivem Erfolg untersucht, und zwar eine Sklerose, drei exkoriierte Papeln der Genitalien, drei trockene Papeln vom Arme und Halse. Ausserdem wurden noch Eiter und das Sekret eines weichen Geschwüres untersucht, beide mit negativem Ergebnis. Färbung mit verdünnter Giemsalösung. (T.)

Grón (82) zeigte in der medizinischen Gesellschaft Präparate von Spirochaete pallida vor, welche teils von Tubercula mucosa, teils von einer primären Sklerose genommen waren. Die Präparate waren mit Giemsa gefärbt. (Kre.)

Bei sieben Fällen von Syphilis (Sklerosen und nässende Papeln) konnten Almkvist und Jundell (1) in sechs Fällen Spiroch. pall. finden. (M.-A.)

Bei sechs Initialsyphilomen des Penis, zwei der kleinen Labien, einem papulösen syphilitischen Exanthem, endlich bei Schleimhautplaques der Mundhöhle wurde die Spirochäte konstant in mehr oder minder zahlreichen Exemplaren von Pasini (192) nachgewiesen. In den nichtsyphilitischen Produkten liess sich kein Gebilde finden, das man mit den Schandinnschen hätte identifizieren können. (V.)

Von 43 Syphilisfällen aus Mazzocchis und Garras Praxis (157) zeigten 31 positive Resnltate oder genauer von 47 syphilitischen Veränderungen (20 initiale Syphilome, 12 sekundäre Erscheinungen der Uro-Genitalsphäre, 13 sekundäre Veränderungen der Mundhöhle, 2 tertiäre Erkrankungen) — ergaben 35 ein positives Resultat (15 Syphilome, 11 seknndär urogenitale nnd 9 sekundäre Mundhöhlenläsionen). Negatives Ergebnis zeigten konstant Lymphdrüsensaft und Blut. In 25 Fällen von nichtsyphilitischem Material waren die Resultate stets negativ. (V.)

Untersuchung.

Man kann die Spirochäten lebend, an Ausstrichen nnd in Schnitten untersnchen. Um Ausstrichpräparate zn machen, ist es empfehlenswert, die luetischen Effloreszenzen (Primäraffekt, Papeln, Kondylome usw.) zunächst mit Alkohol tüchtig abzureiben. Dann schabe man mit einem scharfen Löffel oder besser noch mit einem Platinspatel die oberflächlichen Epidermisschichten ab, woraufhin ein „Reizserum" anstritt. Mit einigen Gewebsfetzchen zugleich wird dieses Reizserum auf den Objektträger möglichst schnell ausgestrichen, wobei natürlich Reiben nnd Drücken sorgfältig vermieden werden muss, da hierdnrch die Form dieser feinen Körperchen zu leicht Veränderungen erfährt, die zu Täuschungen Veranlassung gehen könnten. Diese einfache Methode hat sich uns als die beste bewährt. (B.)

Drüsen werden mit einer ziemlich starken Kanüle punktiert. Man dringt mit der Spitze bis zur Rindensubstanz vor, aspiriert und zieht die Kanüle langsam zurück. Von demselben Stichkanal aus kann die Drüse nach allen Richtungen hin durchbohrt werden. Auf diese Weise erhält man genügend Drüsensekret, welchem die Spirochäten in mehr oder minder reichlicher Anzahl beigemischt sind. Es ist natürlich, dass, der Ausbreitung der Spirochäten gemäss, man die meisten zu Beginn der Erkrankung in den regionären Drüsen vorfindet. Und sobald von diesen aus die Infektion langsam fortschreitet, findet man sie anch in den Drüsen ihrer Umgebung nnd bald des ganzen Körpers.

Das Blut untersucht man nach der hereits oben erwähnten, von Noeggerath und Staehelin empfohlenen Methode durch Punktion einer Vene oder eines Ohrläppchens nnd der Mischnng dieses Blutes mit der zehnfachen Menge $^1/_{10}$%iger Essigsänre. (B.)

Sticker empfiehlt die Untersnchung in Gewebsabdrücken. Man drückt die glatte Schnittfläche mehrere Male auf den Objektträger, den Hoffmann (Sitzungsberichte der Berl. med. Gesellschaft 27. II. 1907) vorher erst in eine Osminmkammer legt. Auf diese Weise erhält man deutliche Abdrücke der Gewebsstücke, die sich dann gut färben oder aber anch frisch nntersuchen lassen. (B.)

Lebende Spirochäten untersncht man im hängenden Tropfen oder im Deckglaspräparat anf einem Objektträger, wobei das Deckgläschen mit Wachs oder Vaselin nmzogen wird. Auf diese Weise hat Schaudinn die Spirochäten entdeckt. Es gehört eine grosse Ausdauer zu

dieser Untersuchungsart. Man findet sie am besten an den Rändern der roten Blutkörperchen, denen sie sich mit Vorliebe anheften. „Im luftdicht abgeschlossenen Deckglaspräparat kann sie (die Spirochäte) wochenlang beweglich bleihen, woraus auf ein sehr geringes oder fehlendes Sauerstoffbedürfnis geschlossen werden darf" (Hoffmann). Die Untersuchung findet natürlich bei Ölimmersion und am hesten mit Apochromaten statt (Komp. Okular 6—12—18). (B.)

Nach den Mitteilungen von Hoffmann in der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 27. II. 1907 eignet sich die von Landsteiner und Mucha (Wien. klin. Wochenschr. 06, S. 1349) empfohlene Dunkelfeldbeleuchtung in ganz besonderer Weise für die Untersnchung lebender Spirochäten. Hierbei hehen sich auch die feinsten Spirochäten bei tausendfacher Vergrösserung „wie kleine leuchtende Schlangen auf dem dunklen Grunde ah"; sie erscbeinen infolge des sie umgebenden Lichtes sehr viel grösser und zugleich sind klinisch alle ihre Bewegungen sehr viel deutlicher. Hoffmann ist der Ansicht, dass diese Methode, z. B. für die Diagnose frischer Primäraffekte, ausserordentlich wertvoll und empfehlenswert ist. Auf Grund nnserer Beobachtungen über die Dunkelfeldbeleuchtung können wir diese Angaben voll nnd ganz bestätigen. Die Untersuchung im Dunkelfeld ist nns infolge ihrer Einfachheit, Schnelligkeit und Sicherheit besonders bei der Differentialdiagnose verdächtiger Ulzera geradezu unentbehrlich geworden. (B.)

Zur Färhung der Spirochäten ist es notwendig, dünne Ausstrichpräparate zu machen, welche man erhält, wenn man, wie bereits oben erwähnt, das Reizserum, dem am besten noch kleine Gewebsfetzchen beigemischt sind, mit einem Platinspatel auf dem Ohjektträger verstreicht. Das Präparat lässt man zunächst lufttrocken werden und fixiert dann mehrere Minuten in Äther-Alkohol.

Zur Färhung sind seit der Entdeckung der Spirochäten eine Reihe Metboden angegeben, von denen ich hier nur diejenigen hesprechen will, welche sich bewährt haben.

Die Spirochaete pallida ist nach den meisten in der hakteriologischen Technik gebräuchlichen Methoden nicht färbhar; dieses ist auch wohl in der Hauptsache mit ein Grund, weshalb sie erst so spät gefunden worden ist, trotzdem die Syphilis wohl wie keine andere Krankheit Gegenstand der Forschung gewesen ist. Schaudinn und Hoffmann färbten die ersten Spirochäten mit Eosinazur — einer von Giemsa angegehenen Originalfärhung. Ihre Zusammensetzung ist:

12 Teile Giemsas Eosinlösung (2,5 ccm, 1% Eosinlösung auf 500 ccm Wasser.
3 Teile Azur I (Lösung 1 : 1000 Wasser).
3 Teile Azur II (Lösung 0,8: 1000 Wasser).

In dieser stets frisch bereiteten Mischung verbleiben die Präparate 16 bis 24 Stunden, werden dann mit Wasser abgespült, getrocknet und untersucht.

Bald wurde die von Giemsa zur Romanowsky-Färbung angegebene, zusammengesetzte Lösung Allgemeingut. 15 Tropfen dieser Lösung werden unter Schütteln in 10 ccm destilliertes Wasser geträufelt und über das Präparat ausgegossen. Diese Präparate sind schon nach einer Stunde genügend gefärbt, können aber auch länger in der Flüssigkeit liegen bleiben.

Als ein grosser Fortschritt in der Färbetechnik war die Methode von Preis (207a) anzusehen. Er erwärmt eine Mischung von 20—25 Tropfen Giemsalösung in 10 ccm destillierten Wassers auf dem bestrichenen Objektträger bis zum Dampfen, aber nicht zum Aufkochen; dann wird die Mischung abgegossen und derselbe Vorgang drei- bis viermal wiederholt, solange, bis die roten Blutkörperchen schwachrot gefärbt sind; darauf Abspülen in Wasser, Abtrocknen und Einbetten; auf diese Weise gelingt es, schon nach Minuten recht gute Präparate zur Untersuchung zu erhalten; die Spirochäten färben sich unter dem Verdampfen intensiv rot. Ausser diesen wurde noch eine Reihe anderer Methoden empfohlen, Färbung mit Gentianaviolettlösung, mit Ziehlscher Lösung, mit heissgesättigter Gentianaviolettlösung (Herxheimer), mit Kresylviolett, mit Anilinwassergentianaviolett, mit Karbolgentianaviolett, mit van Ermengenscher Geisselfärbung, mit Nilblau und Capriblau und anderem mehr.

Alle diese Methoden werden aber weit übertroffen durch die von Löffler (Deutsche med. Wochenschr. 07, S. 169) vor kurzem empfohlene. Aus diesem Grunde unterlasse ich es auch, die älteren Methoden eingehend zu besprechen, weil ihnen jetzt nur noch eine gewissermasser geschichtliche Bedeutung zukommt.

Löffler verwendet einen Farbstoff, „der sich ihm für den Nachweis und die Differentialdiagnose der Typhusbazillen als besonders wertvoll erwiesen hat, das von den Höchster Farbwerken hergestellte Malachitgrünkristalle-Chlorzinkdoppelsalz, und zwar in Verbindung mit Natrium arsenicosum." Er gebrauchte von beiden eine 0,5%ige Lösung. Durch eine Reihe von Versuchen stellte er fest, dass man die intensivsten Färbungen erhält, wenn man drei Teile der Lösung von Natr. arsenicosum mit einem Teil der Malachitgrünlösung vermischt. Erwärmt man diese Mischung auf einem mit Blut bestrichenen Objektträger bis zum Verdampfen, so erhält man die schönste Färbung der roten Blutkörperchen. Löffler glaubt, dass das Arsen als Beize für das Malachitgrün dient und ebenso auch für die Giemsalösung. Nun war es Löffler aufgefallen, dass der Farbstoff in der Giemsalösung so, wie sie zur Spirochätenfärbung zur Verwendung kam, im Wasser nicht gelöst, sondern in Form feinster Körnchen verteilt war; er stellte fest, dass die Färbekraft der Lösung durch Kochen keinerlei Einbusse erlitt; als bestes Lösungsmittel empfiehlt er eine ½—1%ige Glycerinlösung. Er färbt nun auf folgende Weise: Auf das Präparat drei Tropfen der 0.5%igen Lösung von Natr. arsenicosum und dazu einen Tropfen der 0,5%igen Lösung von Malachitgrünchlorzinkdoppelsalzlösung; dann Erwärmen über der Flamme bis zum Aufdampfen, eine Minute liegen lassen und dann unter dem Wasserstrahl gut abspülen. Sodann bringt man in ein Reagensglas zu 5 ccm der ½%igen Glyzerinlösung 5—10 Tropfen der Giemsalösung (Grübler), kocht sie auf und giesst sie auf den Objektträger. Nach fünf Minuten abermaliges Abspülen und das Präparat ist fertig. Man erhält so schöne und klare Bilder wie es mit keiner der früheren Methoden möglich ist. Die Spirochäten sind hellrot, so dass sie sofort ins Auge fallen, und die roten Blutkörperchen schön grün gefärbt. Dabei ist es sehr viel leichter, die Spirochaete pallida von den anderen Spirochäten zu unterscheiden, eben weil ihre Formen und Windungen so deutlich sind. In unserem Laboratorium kommt diese Methode neben der Dunkelfelduntersuchung fast ausschliesslich zur Verwendung. (B.)

Zugleich mit diesen Färbungen im Ausstrich wurde natürlich auch versucht, die Spirochäten in Schnittpräparaten darzustellen. Musste man doch erst hiervon die interessantesten Aufschlüsse erhalten über ihre Lage im Gewebe usw., besonders bei Lues congenita. Als erste berichteten Herxheimer und Hübner (89) über Spirochäten in Schnitten, die nach Härtung in Formolalkohol mit Nilblau gefärbt waren. Sicher wurden sie zuerst von Bertarelli und Volpino (15) mit Hilfe der Silbernitratmethode nachgewiesen. Diese Methode wurde von Ramon y Cajal zur Färbung der Nervenendfibrillen angewandt. Die Verff. liessen sehr dünne Schnitte 1—2 Tage in 0,2—0,5 %igem Silbernitrat liegen.

Diese Methode erfuhr durch Levaditi eine Vervollkommnung: er fixierte kleine Stückchen in 10 %igem Formol, härtete sie in Alkohol, brachte sie für drei Tage bei Brutschranktemperatur in eine 1 %ige Höllensteinlösung und reduzierte sie 24 Stunden in einer Lösung von:

Acid. pyrogall. . . .	4
Formol	5
Aqua dest.	100.

Die Spirochäten erschienen schwarz und das Gewebe gelb. Sakurane (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 82, S. 227) verwendete als Reduktionsflüssigkeit eine Mischung von Pyrogallol-Aceton-Pyridin nach Angabe von Levaditi und Hoffmann. Als Nachfärbung der Schnitte empfiehlt er auch polychromes Methylenblau oder eine konz. wässerige Lösung von Brillantgrün extra (Badische Anilin-Sodafabrik).

Ich übergehe wiederum einige Modifikationen, denen aber immer die Silbernitratlösung zugrunde gelegt ist und die nur in den Reduktionsflüssigkeiten eine Änderung erfahren haben. Wir gebrauchen jetzt nach dem Vorschlage von Lipschütz (Wien. klin. Wochenschr., 06, S. 1110) die ältere Methode Levaditis; die in Formalin fixierten und in Alkohol gehärteten kleinen Stückchen kommen für vier bis fünf Tage in einer 1,5 %igen Argentumlösung in den Brutschrank; als Reduktionsflüssigkeit dient die von Levaditi angegebene 4 %ige Pyrogalluslösung, die einmal gewechselt wird.

Mit Hilfe dieser Methode erhält man Färbungen, die sehr schöne Übersichtsbilder geben und dabei das Grundgewebe ziemlich deutlich erkennen lassen. (B.)

Einige Schwierigkeit macht es immer noch, auch aus Organen Ausstrichpräparate zu erhalten, eine Tatsache, die den Gegnern der Spirochäten sehr oft zum Angriffspunkt dient. Mühlens (Zentr.-Bl. f. Bakt., Bd. 43, S. 674) schlägt vor, sog. Tupfpräparate zu machen, sehr ähnlich der Stickerschen Methode von Gewebsabdrücken. Bohnengrosse Organstückchen drückt er mehrere Male auf den Objektträger; blutreiche Organe werden vorher auf dem Boden einer sterilen Petrischale abgetupft. Die durch diese Tupfmethode erhaltenen Präparate lassen sich recht gut nach der oben beschriebenen Technik färben und untersuchen. Es ist Frosch und Mühlens (Zentr.-Bl. f. Bakt., Bd. 43, S. 674) auf diese Weise gelungen, aus dem Organsaft einer kongenitalen Lues lebende und bewegliche Spirochäten in grosser Zahl zu gewinnen.

Auch wir finden mit absoluter Regelmässigkeit in den Organen syphilitischer Föten bei der Untersuchung im Dunkelfeld lebende Spirochäten. Dabei schaben wir mit einem Spatel den Gewebssaft ab und bringen ihn in die Kochsalzlösung. (B.)

In dem mittels Pravazspritze gewonnenen Saft aus geschwollenen Leistendrüsen bei vier sekundären Syphilitikern, der nach Giemsa gefärbt wurde, liessen sich durch Risso nnd Cipollina (227) reichlich Spirochäten nachweisen. (V.)

Von 29 Fällen der rezenten nnd rezidiven Syphiliden wurden von Zabolotnii (301) Spirochäten in 13 (Papeln, Pusteln, Rotfleckensyphilid, Primäraffekt) gefnnden. Grössere Mengen von Spirochäten waren in Knötchen. Ähnliche Spirochäten wurden auch in Ausstrichpräparaten, welche im vorigen Jahre aus Paviangeschwüren genommen worden waren, gefunden. Methode des Verfs.: Fixation, 5% Acidnm carbolicum, Färbung, im Laufe einer Viertelstunde, durch die Mischung von 0,1% Azur und 0,2 Eosin bei Aufwärmung. (S.)

Die Spirochaete pallida ist nach Róna und Preis in echt syphilitischen Geweben immer aufzufinden. Es empfiehlt sich die Preis-sche Modifikation der Schaudinnschen Färbung zu verwenden, bei welcher unter Erwärmen nochmals gefärbt wird. In hezug anf die ätiologische Bedentung der Spirochäten wagen die Autoren noch keine Stellung zu nehmen.

In der sich anschliessenden Disknssion gibt Gnssmann an, die Spirochaete pallida in 23 von 32 Syphilisfällen gefunden, dagegen in 12 nicht syphilitischen Kontrollfällen nicht gefunden zu haben. (T.)

Sowohl hei an der Luft getrockneten wie auch hei den für wenig Minuten in Alkohol gehärteten und mit Methylfuchsin, Gentianaviolett und Methylenblau gefärbten, leicht erwärmten Präparaten, nimmt die Spirochaete pallida immer mehr oder minder intensiv die oben erwähnten Farbstoffe auf. Znr Erzielung von Kontrastfärbungen geben Simonelli und Bandi (262) der 1902 von May-Grünwald angegehenen Universalfärbung den Vorzug. (V.)

Einwände.

Dass eine solch grosse, für die ganze medizinische Wissenschaft und Praxis hedentungsvolle Entdeckung, wie die von Schandinn und Hoffmann, nicht ohne Widerspruch hleiben konnte, war von vornherein anzunehmen. Und gerade die scharfe Kritik ist es, welche ein eifrigeres Snchen und Prüfen in hervorragender Weise gefördert hat. Aher alle die Stimmen, sie sind allmählich unter dem geradezu erdrückenden Beweismaterial verstummt. Und nur wenige halten trotz und alledem an ihren ursprünglichen Einwänden fest. Hierbei muss es auffallen, dass die Kliniker, denen neben der mikroskopischen Untersuchung — in Ausstrichpräparaten und im Gewebe — die dauernde klinische Beobachtung zur Verfügung steht, die tagtäglich den sicheren und ursächlichen Zusammenhang von Spirochaete pallida und Lues anzuerkennen gezwungen sind, die andererseits aus dem Fehlen dieser Spirochäten sehr oft genötigt werden, ihre Diagnose zu ändern — dass sie davon üherzeugt sind, in der Spirochaete pallida wirklich den Erreger der Lues zu hahen. Damit soll natürlich nicht gesagt werden, dass nicht noch manche Punkte der Aufklärung bedürften.

Knrz vor Schandinn und Hoffmann wurde von Siegel der Cytorrhyctes lnis beschrieben als der Erreger der Syphilis, ein Parasit, den er im Blute von Luetikern besonders während des Eruptionsstadiums fand. Doehle (Zentr.-Bl. f. Bakt. 1892, Bd. 12, S. 906) hatte bereits 1892 im Schankersekret und Gewehssaft „Protoplasmagebilde“ beschrie-

ben, „die er als parasitäre Protozoen anspracb.“ Döhle (52) äussert sich über seine Befunde: „Ich kann die beschriebenen Gebilde nur als dem Blute fremde, und als Organismen ansehen, und zwar als zusammengehörig, als Teile oder Entwickelnngsstadien. Ich halte die von mir im Blute gesehenen gescblängelten Protoplasmafädchen, deren Spirillenäbnlichkeit mir immer aufgefallen war, mit den jüngst von Schandinn und Hoffmann in dem Safte primärer Indurationen nnd Bubonen beschriebenen Spirochäten für identisch. Messungen habe ich zwar an diesen kleinen Gebilden unterlassen. Färben babe icb sie anch nicht können, allerdings habe ich auch keine Versuche mit Giemsaazur gemacht.“

Auch andere Forscher haben die von Siegel beschriebenen Gebilde gesehen, so Merk (160a), Frennd und besonders Jancke (110), welcher den Cytorrhyctes bei sämtlichen von ibm untersuchten Sypbilisfällen gefunden haben will und niemals bei gesunden.

Anf Grund eingehender Untersuchnngen kommen Mühlens und Hartmann (Zentr.-Bl. f. Bakt., Bd. 41, S. 41, 203, 338 u. 435) zu dem Schluss, dass für die von Siegel „im Blut und den innern Organen beschriebenen Gebilde weder der Beweis der Protozoennatur noch der Spezifität für die Vakzine erbracht ist. Von denselben nicht zu unterscheidende Gebilde finden sicb nacb unseren Untersuchnngen auch im Blut von normalen Kaninchen. Sie sind als Zerfallsprodnkte von Körperzellen, namentlich von roten Blutkörperchenanfzufassen.“ (B.)

In besonderer Weise ricbteten sicb die Angriffe gegen die Imprägnierung mit Silber. Saling (Zentr.-Bl. f. Bakt., Bd. 42, S. 38 u. 120) schliesst seine erste angebliche Widerlegung mit den stolzen Worten: „Man wird zu dem Zngeständnis gezwungen, dass auch die Silbermethode keineswegs das vermochte, was man von ibr erwartet hatte, dass sie vielmehr erst recht dazn beigetragen bat, das Anseben der Pallida in den weitesten Kreisen nnnmebr völlig zu erschüttern.“ Er will die „Spirochäten“ auch in nicbt luetischem Gewebe gefnnden haben und hält sie für Nervenendfibrillen und andere Gewebsbestandteile. Sodann gibt er seinen Ausführungen Tafeln bei, auf denen es wirklich schwer ist, eine Äbnlichkeit herauszufinden mit den Spirochaetae pallidae.

Wenn sie nun elastische Fasern wären, wie aucb von den Gegnern behauptet wird, warum färben sie sicb dann nicht nach den für die elastischen Fasern üblichen Methoden?

Gegen den Vorwurf Salings, dass die Silberspirochäten nur im erweichten und mazerierten Gewebe gefunden wurden und deshalb nur als saprophytische Begleiter anderer Infektionen anzusehen seien, wendet sich Orth in der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 6. März 1907. Er sagt unter anderem: „In den Ausführungen ist vor allen Dingen eine Verwechselung gemacht worden, nämlich die zwischen Mazeration nnd Nekrose. Für einen Nichtmediziner ist es kein Vorwurf, wenn er den Unterscbied zwischen Mazeration und Nekrose nicht kennt. Wenn aber ein Nichtmediziner belehren will, so kann man, meine icb, verlangen, dass er sich znnächst über die einscblagenden medizinischen Fragen orientiert.“

Besonders die Nervenfaser wird von den Gegnern immer ins Feld geführt. Blascbko (Berlin. klin. Wochenschr. 07, S. 336) hat festgestellt, dass marklose Nervenfasern sich nach der Levaditimethode nicbt färben. „Wohl färben sich aber mittelst dieser Metbode die markhaltigen Nervenfasern schwarz; aber diese sind dnrch ihre grössere

Dicke, ihre varikösen Anschwellnngen, ihren gestreckten Verlauf, durch ihre häufige Lagerung in Bündeln leicht von Spirochäten zu nnterscheiden; ebenso Zellgrenzen, Endothelgrenzen, die stets eine Art von netzförmiger Anordnnng zeigen und sich dadurch von den isoliert im Gewebe liegenden Spirochäten dentlich unterscheiden.“ (B.)

Ich unterlasse es, anf die vielen Arbeiten einzngehen, die sich mit Kontrolluntersuchungen beschäftigen, die den Nachweis völlig freiliegender imprägnierter Spirochäten in Lymph- und Blutgefässen, in Drüsen usw. erbracht haben. Die Einwände können einer ernsten Kritik nicht standhalten nnd finden anch kaum noch eine Würdigung.

„Die gegen die Spezifität der Spirochaete pallida erhobenen Einwände — sagt Schmorl (Ges. f. Natur- n. Heilk., Dresden, 3. XI. 06) — können nicht als stichhaltig angesehen werden, sie sind aber, soweit sie sich anf die mittelst der Silbermethode zur Darstellung gebrachten Spirochäten beziehen, nicht ganz nnbeachtlich, da sie uns mit einer Fehlerquelle bekannt machen, die bei nicht genügender Berücksichtigung zn Irrtümern führen kann; insbesondere ist dies der Fall, wie der Vortragende ans eigener Erfahrung mitteilen kann, bei der Untersnchung des Gehirns auf Spirochäten, da hier silberimprägnierte Glia- und Nervenfasern Spirochäten oft tänschend ähnlich sehen.“ Schmorl mahnt zur vorsichtigen Beurteilnng von Spirochätenbefunden in inneren Organen, betont aber, dass durch sie die Spirochaete pallida in keiner Weise in Frage gestellt werden soll.

Und Neisser (Dermatol. Kongr. 06) sagt: 1905 wurde durch die Entdeckung des der Wissenschaft so jäh und grausam entrissenen Schandinn in der Spirochaete pallida der nach meiner Überzeugung sichere Syphiliserreger gefunden, und so sind endlich uns die so lange und heiss ersehnten Arbeitsmethoden und die Möglichkeit, die vielen tagtäglich schmerzlich empfundenen Lücken unserer Diagnostik und Therapie anszufüllen, erschlossen.“ (B.)

Alle Einwände wurden in absoluter Sicherheit widerlegt dnrch die neuen Untersuchungen von Mühlens (Zentr.-Bl. f. Bakt., Bd. 43, S. 674). In 16 syphilitischen Föten, die keineswegs immer mazeriert waren, fand er einwandsfreie Spirochäten in Organausstrichen nnd zugleich in Ausschnitten, die nach Levaditi behandelt waren. Und in 18 Fällen von nichtsyphilitischen Föten fand er weder in Schnitten noch in Ausstrichen Spirochäten. (B.)

Ich erwähne noch die Untersuchnngsresultate von Bab (Deutsche med. Wochenschr. 06, S. 1985). Er prüfte die Organe, welche Wassermann und Plant — ich werde später noch darauf zu sprechen kommen —, zu ihrer Serodiagnostik benntzt hatten, mit der Levaditischen Imprägnierungsmethode nach. Dabei ergab sich eine auffallende Übereinstimmung mit dem dositiven Ausfall der biologischen Reaktion und der Anwesenheit von Spirochäten. Es ergibt sich für ihn der „zwingende Schlnss, dass die Spirochäte der Produzent der biologisch nachweisbaren syphilitischen Stoffe ist, mit anderen Worten, dass die Spirochaete pallida tatsächlich der Erreger der Lues ist, wenn man nicht zu der sehr unwahrscheinlichen Hypothese die Zuflucht ergreifen will, dass die Spirochäte als harmloser Schmarotzer in engster Synbiose mit einem uns noch unbekannten, mit unseren Hilfmitteln nicht nachweisbaren Lneserreger („oder etwa mit dem Cytorrhyctes-Siegel“) lebt“.

Übrigens hat auch Mühlens (Zentr.-Bl. f. Bakt., Bd. 43, S. 674) in seiner Arbeit die von Wassermann und Plant zur biologischen Reaktion verwandten Organe nntersucht; er fand in neun Fällen von positivem Ansfall dieser Reaktion Spirochäten in Organausstrichen und nach Levaditi und zugleich auch eine pathologisch-anatomisch nachzuweisende Lues. Dagegen deckte sich der negative Ausfall der Reaktion in anderen neun Fällen mit dem negativen Spirochätenbefund nnd der pathologisch-anatomischen Untersuchung, welche nichts für Syphilis Verdächtiges ergab. Ein einwandsfreierer Beweis für die Spezifität der Spirochäten kann nicht gegeben werden.

Ich schliesse mit den Worten Kochs über die Choleradiagnose: „Wenn ich behaupte, dass allein auf die mikroskopische Untersuchung hin die Diagnose gestellt werden kann, so setze ich voraus, dass der Untersnchende grosse Übung nnd Erfahrung besitzt und ausserdem auch einen gewissen Blick für die Formunterschiede der Bakterien hat, eine Eigenschaft, die ich nicht selten anch bei geübten Bakteriologen vermisst habe.“ So auch bei den Spirochäten. (B.)

Omeltschenko (181) identifiziert Spirochaete pallida und Spirochaete refringens mit den Fädchen des Bindegewebes vom Corium, welche nach der Giemsa-Methode prachtvoll gefärbt worden sind. Im Blute fand er keine Spirochäten. (S.)

Selenew (253) untersuchte den Saft des initialen Geschwüres der Papeln, der Pnsteln, der Gummata und der Inguinaldrüsen; positives Resultat bekam er nur bei einem Präparate vom Safte der Inguinaldrüsen. Im Safte, welcher vom primären Lippengeschwüre nach Entfernung des oberen Häntchens genommen worden war, fand Verf. noch zwei nene Arten von Spirochäten, welche mit Eosin, Gentianaviolett und Fnchsin sich anch nicht färben lassen: die eine wurstförmig und die andere auch spiralförmig, nur mit Verdickung am einen Ende. (S.)

Serodiagnostik.

Zur Serodiagnostik wnrde anf Vorschlag von Wassermann die Beobachtung, nach der es mit Hilfe der bei Eiweiss präzipitierenden Seris auftretenden Komplementablenknng gelingt, in „Organextrakten nnd Körpersäften das Vorhandensein einerseits gelöster Substanzen der Mikroorganismen und andererseits spezifischer Antikörper gegen diese Snbstanzen nachzuweisen“ znnutze gemacht (Wassermann, Neisser, Brnck (Deutsche med. Wochenschr. 06, S. 745). Sie stellten von mit Syphilis geimpften Tieren ein Serum her, welches an ebenfalls syphilitischem Material von Kranken und Leichen geprüft wurde. Man impft inaktives Serum der infizierten Affen mit Organextrakten oder Serum syphilitischer Menschen und setzt als Komplement frisches normales Meerschweinchenserum hinzu. Sodann prüft man mittelst eines inaktiven hämolytischen Serums und der dazu gehörigen roten Blntkörperchen, ob das Komplement gebunden ist. Dass dieses verankert ist, zeigt sich in der ganz oder teilweise ansbleibenden Auflösung der roten Blntkörperchen, d. i. in einer Hemmung der Hämolyse. Diese Hemmung beweist, dass „Komplement durch die Mischung des Immunserums mit dem Untersnchnngsmaterial gebunden worden ist“. Man kann daraus den Schluss ziehen, „dass sich 1. in dem durch Vorbehandlnng erzielten Immunserum Antikörper befinden und 2. dass das diesem Immunserum beigefügte Untersuchungsmaterial (Organextrakt) die spezifischen Gegen-

substanzen (Antigene) heherhergt. Denn durch das Zusammentreffen der Antikörper und seines Antigens ist eheu Komplement verankert worden welch letzteres nun zur Komplettierung des hämolytischen Amhozeptors fehlt." Dieses mit syphilitischem Material hergestellte Affenimmunserum wirkt nur auf syphilitisches Material, oh von Mensch oder Affen, nicht auf nichtsyphilitisches. Zur Kontrolle stellten die drei Forscher noch Versuche an, indem sie Affen derselhen Spezies mit Blut und Organextrakten nichtsyphilitischer Menschen hehandelten, wodurch keine Hemmung der Hämolyse verursacht wurde. Es ist also die obige Reaktion „eine spezifische serodiagnostische Reaktion auf syphilitisches Material." Wassermann, Neisser und Bruck ziehen daraus den Schluss: „Wir sind dadurch einerseits in die Lage versetzt, in vitro zu hestimmen, ob im menschlichen Serum oder gewonnenem Immunserum sich spezifische Antikörper gegenüher Suhstanzen des Lueserregers befinden, und wir werden vermögen, diese Antikörper quantitativ zu hewerten. Es gelingt andererseits, durch die beschriehene Reaktion den Nachweis zu führen, oh ein bestimmtes Organ syphilitische Substanzen heherhergt."

Diese Resultate auch praktisch zu verwerten, ist der Gegenstand einer Arbeit von Wassermann und Plaut (Deutsche med. Wochenschr. 06, S. 1769), wo Bab (Deutsche med. Wochenschr. 06, S. 1985), wie bereits ohen erwähnt, die Kontrolluntersuchung auf Spirochäten machte. Sie untersuchten die Spinalflüssigkeit von Paralytikern, deren Anamnese nichts für Lues Sprechendes ergab. Das Resultat ihrer Untersuchungen ist: „Von 41 Lumhalflüssigkeiten, die von Paralytikern stammten, ergaben 32 bei der Mischung mit dem Extrakt aus luetischen Organen deutliche Hemmung der Hämolyse, in der Menge von 0,2—0,1 Extrakt oft vollkommene Aufhebung derselhen, währeud die verwendeten Extrakte, bezw. die Lumbalflüssigkeiten allein die Hämolyse nicht hemmten. In 4 Fällen trat nur undeutliche Hemmung, in weiteren 5 Fällen keine Hemmung ein. Diese gleichen Lumbalflüssigkeiten, mit Extrakten aus Organen nichtsyphilitischer Föten gemischt, ergahen keine Hemmung der Hämolyse." 19 Fälle von Lumhalflüssigkeit von nicht an Syphilis erkrankten Menschen fielen negativ aus. Die Ausführung der Reaktion ist ihrer Ansicht nach eine recht komplizierte und verlangt ein genaues Innehalten der angegebenen Vorsichtsmassregeln.

Ehe man ein sicheres Urteil ahgehen kann üher den Wert dieser biologischen Reaktion, deren grosse Bedeutung nicht nur für die Diagnose, sondern auch für die Therapie, vorläufig nicht ahzusehen ist, die vielleicht auch imstande ist uns das Dunkel der Ätiologie mancher cerehraler Erkrankungen aufzuhellen, hedarf es noch einer grossen Menge von Untersuchungen. Aher der Weg, der zu heschreiten ist, er ist uns gewiesen. (B.)

Zum Schluss präzisiere ich in Kürze den Standpunkt unserer Klinik gegenüher der Spirochaete pallida.

Wir sind davon überzeugt, dass die Spirochaete pallida der Erreger der Syphilis ist.

Diese Überzeugung wurde uns aufgezwungen durch eine reiche klinische Erfahrung, welche uns tagtäglich den „tatsächlichen und ursächlichen Zusammenhang" zwischen Spirochaete pallida und Syphilis bewies.

Wir hahen die Spirochaete pallida nie in nichtsyphilitischen Geschwüren gefunden. Und wir haben eine Reihe von Fällen heobachtet, bei denen die anfängliche klinische Diagnose auf Primäraffekt

durch den negativen Spirochätenbefund zunächst unsicher wurde, und schliesslich in völliger Übereinstimmung mit diesem negativen Befund auch der weitere Verlauf das Ulcus als ein nichtsyphilitisches zu erkennen gab. Andererseits haben wir oft in unverdächtigen Efflorescenzen Spirochäten gefunden; und ohne Ausnahme entwickelten sich hieraus syphilitische Geschwüre.

Wir haben daraus die praktische Folgerung gezogen, dass, sobald absolut einwandsfrei das Vorhandensein von Spirochäten in einem Ulcus konstatiert ist, auch die Behandlung der Syphilis beginne.

Hierzu noch einige Worte: Seit einer langen Reihe von Jahren sind zeitweilig immer wieder Vorschläge gemacht worden, die Syphilis durch Zerstörung oder Exzision des syphilitischen Ulcus zu „koupieren". Und es liegen Beobachtungen vor, wo bei sehr frühzeitigem Eingriff wirklich eine Allgemeininfektion vermieden zu sein scheint. Nun war ja vor der Entdeckung der Spirochäten die Diagnose auf ein syphilitisches Ulcus im Beginn klinisch wie mikroskopisch nicht leicht. Dieser Schwierigkeit sind wir jetzt durch den Spirochätenbefund enthoben.

Allerdings ist durch die experimentellen Untersuchungen Neissers gezeigt worden, wie ausserordentlich schnell, von einem Ulcus ausgehend, die Allgemeininfektion stattfinden kann. Aber dennoch halten wir es für die Regel, dass die Spirochäten sich zunächst in dem sogenannten Primäraffekt ansiedeln, sich vermehren und sich von hier aus langsam auf dem Wege der Lymphbahnen in die regionären Drüsen und dann weiter in den ganzen Körper verbreiten.

Kommt deshalb ein Patient in unsere Behandlung mit einem Ulcus, bei positivem Spirochätenbefund, und kann die Infektion erst wenige Tage zurück liegen, so exzidieren wir weit in das gesunde Gewebe hinein. Der Patient bleibt dauernd unter genauer Beobachtung. Treten Drüsenschwellungen auf, so punktieren wir. Und werden dann einwandsfreie Spirochäten gefunden, so setzt sofort die Allgemeinbehandlung ein.

Dass bei diesem Verfahren die grösste Vorsicht in der Diagnose auf Spirochäten herrscht, bedarf kaum der Erwähnung; nur wenn zwei geübte Untersucher die gefundenen Spirochäten übereinstimmend als wirkliche Pallida anerkennen, entschliessen wir uns zur Behandlung.

Wollte man nicht mit grösster Peinlichkeit zu Werke gehen, so wäre bei der immerhin schwierigen Erkenntnis der Spirochäten die notwendige Folge, dass eine Reihe falscher Diagnosen auf Syphilis gestellt würde, vielleicht noch mehr, wie zu der Zeit, wo man auf den einfachen Primäraffekt hin sich zur Diagnose Syphilis berechtigt glaubte. Welchen Irrtümern man nach dieser Richtung hin ausgesetzt war und noch ist, das lehren uns die jetzigen Erfahrungen, wo ja das Fehlen von Spirochäten von vornherein zu grösster Vorsicht mahnt.

Schon jetzt ein Urteil über die Vorteile der Frühbehandlung abzugeben, ist bei der relativen Kürze der Beobachtungen nicht möglich. Doch ermutigen uns neben den theoretischen Erwägungen die bisher erzielten Resultate zu weiteren Studien. (B.)

Pospelow (206) teilt über Experimente von Metschnikow, Roux und Lothar mit anthropoiden Affen mit. (S.)

XL.

Histologische Anatomie der Lues.

Bearbeitet von **Max Joseph**-Berlin.

Literatur:

1. Buechke, Präparate eines an Syphilis maligna gestorbenen Mannes. Verhandl. der Berliner dermatol. Gee, 14. III.
2. Dalous, Das Erythema syphiloide posterosivum beim Erwachsenen. Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. 40. Nr. 12.
3. Goldfrank, Heart gummata. Journal of Amer. med. Assoc. 4. Nov.
4. Hoffmann, E., Veneuerkrankungen im Verlaufe der Sekundärperiode der Syphilis. Arch. f. Dermat. u. Syph. 73. Bd.
5. Van Huellen, Fall von Myocarditis gummosa mit zahlreichen Riesenzellen. Zeitschr. f. Heilk. Bd. 26. Nr. 4.
6. Jamagucchi, Tarsitis syphilitica. Arch. f. Augenheilk. Bd. 51.
7. Kassai, Eugen, Einige Bemerkungen zu Sieberts Aufsatz: Über die Natur der nach der Juetnsschen Methode des Quecksilbernachweises in den Geweben erhaltenen Niederschläge. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis. Bd. 77. S. 111.
8. König, H, Die Bedeutung der Lebersyphilis für die Diagnose der Bauchgeschwülste. Berl. klin. Wochenschr. 6.
9. Marcuse, B., Mikroskopische Präparate von einer framböisartigen Stirnpapel. Verhandl. der Berliner Dermatol. Ges., 14. II. (Mit Diskussion von Blaschko, Lipman-Wulf, Saalfeld.)
10. Meyer, Hans, Über tödlich verlaufende Quecksilberdermatitiden. Mediz. Klinik. 19.
11. Mönckeberg, J. G., Über die Beziehungen zwischen Syphilis und schwieliger Aortensklerose vom pathologisch-anatomischen Standpunkt. Mediz. Klinik. 41.
12. Morfan, Hypertrophie der Thymus. Rev. mens. des mal. de l'enfance. Februar.
13. Moses, Harry, Beitrag zum Wesen der kongenital-syphilitischen „Tibia en lame de sabre". Beitr. z. klin. Chir. Bd. 44. Nr. 3.
14. Nonne, Ein weiterer Beitrag zur Lehre von der anatomischen Grundlage der „syphilitischen Spinalparalyse". Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 29. S. 369.
15. Oppenheimer, Rudolf, Riesenleberzellen bei angeborener Syphilis. Virch. Archiv. 182. Bd.
16. Poór, Über die linienförmigen Narben bei der hereditären Syphilis. Dermat. Zeitschr. April.
17. Rayot, H., Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de la syphilie des os longs chez le nourrisson. Thèse de Lyon.
18. Romanow, Th., Herzsyphilis. Russk. Wratsch. 45.
19. Salomon, Albert, Histologisches über Pseudoleukämie, Lymphosarkome und Syphilome. Diss. Würzburg.
20. Staerk, Über Pankreasveränderungen bei Lues congenita. Zentr.-Bl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 16. Nr. 18.
21. Zak und K. Sternberg, Ges. f. innere Medizin in Wien, 7. Dezember.

Gegenüber den zahlreichen Arbeiten, welche sich im Jahre 1905 mit der Übertragung der Lues auf Affen und der Erforschung des Krankheitserregers der Lues beschäftigten, treten die Untersuchungen über die histologischen Eigenschaften der syphilitischen Krankheitsprodukte vollständig in den Hintergrund. Indessen sind doch eine Reihe von Arbeiten zu verzeichnen, welche einen gewissen Fortschritt bedeuten.

Zunächst hatte B. Marcuse (9) Gelegenheit, eine **framböisiforme Papel** von der Stirn zu untersuchen, und konnte hierbei im wesentlichen

das von Unna für die nässende Papel entworfene Bild bestätigen. Auffallend war hier vor allem die Mächtigkeit der Epithelwucherung, welche im Zentrum am stärksten war. Dabei war die Höbe des Epitbels, d. h. der Querdurchmesser der einzelnen Epidermisschichten, fast überall vermindert, und die Wucherung ging ausschliesslich von den Interpapillarzapfen und den Haarbälgen aus. Die ganze Epidermis war von polynukleären Leukozyten durchsetzt, nnd an der Cutis konnte man deutlich drei Zonen unterscheiden. Die höher liegende, direkt an das Stratum cylindricum grenzende, mit stark erweiterten Gefässen bestand aus locker-ödematösem Gewebe mit zahlreichen Bindegewebskörpercben und an Menge wechselnden polynukleären Leukozyten. Auf sie folgte nach abwärts das eigentliche Plasmom ans dichtgedrängten Plasmazellen bestehend. Dazwischen fanden sich ziemlich häufig Mastzellen. Sichere Riesenzellen konnte er nirgends finden, das elastische Gewebe war im Bereiche der Papel bis auf wenige Reste zerstört. Mitosen waren im Epithel, gemäss dem Alter des Prozesses, nur ganz vereinzelt.

Um bei den an der Epidermis sich abspielenden Veränderungen der Sypbilis zn bleiben, so konnte Hans Meyer (10) bei einer tödlich verlaufenden Quecksilberdermatitis eine bedeutende Erweiterung der Blutgefässe, herdweise Leukozyteninfiltration und ödematöse Durchtränkung des Bindegewebes konstatieren. Poór (16) hält die für hereditäre Lues cbarakteristischen linsenförmigen Narben auch histologisch für zweifellose Narben, nur werden, im Gegensatz zn den Striae atrophicae, die Narben bei der Lues durch die in der Haut sich bildende Infiltration zustande gebracbt.

Weiter fand Dalous (2) im ersten Falle von Erythema syphiloide posterosivum beim Erwachsenen, dass die oberflächlichen Schichten der Epidermis in diesem Falle durcb die beständige Benetzung mit Urin mazeriert nnd in ihrer Vitalität geschädigt wurden. Dadurch wurde die zerstörende Tätigkeit der Mikroorganismen erleichtert, und es kam zur Bildung kleiner Pusteln. Epithel und Bindegewebe reagierten auf den Reiz mit Eiterbildung und erschwerten durch diesen Prozess eine schnelle Ansheilung. Sie geraten in einen Zustand der Proliferation, der schliesslicb zur Bildnng von Papeln führt. Diese sind der objektive Ausdruck der in beiden Geweben bestehenden Hyperplasie. Durch das Fehlen einer reichlichen Exsudation und der Krustenbildung unterscheidet sich die Affektion von der Impetigo, ausserdem fehlt ihr die oberflächlich gelegene seröse Phlyktäne, die das primäre Element der Impetigo bildet. Sie hat dafür eine lebhafte intraepitheliale Diapedese. Die histologischen Veränderungen stimmen, soweit sie der Papelbildung zugrnnde liegen, vollkommen mit denen hei der Lichenisation der Epidermite chronique à streptocoques überein, doch bringen sie nicht die nämlicben objektiven Veränderungen hervor.

Besonders wertvolle Untersuchungen liegen von E. Hoffmann (4) über die Histologie der Venenerkrankungen im Verlaufe der Sekundärperiode der Syphilis vor. Ausgezeichnet ist die syphilitische Pblebitis durch eine bedeutende Verdickung der Wand, welcbe hanptsächlich die Media und Intima betrifft. Die stärksten Entzündungserscbeinungen weist die innere Längsschicht der Media auf. Den Angriffspunkt des syphilitischen Virus stellen wahrscheinlicb die in den Venen bis dicht unter die Intima sich erstreckenden, und in den Klappenwülsten am reichlichsten vorhandenen, oberflächlicb gelegenen feinen Schlingen der Vasa vasorum dar. Von hier aus verbreitet sich der Entzündungsprozess,

indem er entweder die aus groben Netzen znsammengefügte Elastica interna durchbricht oder längs den aus den Nährgefässen sich sammelnden, direkt in das Lumen mündenden kleinsten Venen sich fortsetzt und so schnell die Oberfläche erreicht. Hier entsteht alsdann im Anschluss an die Wandentzündung eine znnächst lokale, aber bald über kleinere oder grössere Abschnitte der Gefässe sich ansdehnende, das Lumen ganz oder grösstenteils erfüllende Thrombose. Neben der starken Erkrankung der Vasa vasorum und Lympbspalten, welche nicht selten durch gewucherte Endothelien völlig verschlossen sind, der bedeutenden Wucherung fixer Zellen und dem Vorkommen Unnascher Plasmazellen zeichnet sicb das histologische Bild vor allem durch das Vorbandensein sehr zahlreicher Riesenzellen aus, welche meist in den peripheren Abschnitten der Tbromben, selten auch in den innersten Schichten der Media liegen und von Endothelien abzustammen scheinen. Sie gleichen vielfach den Langhansschen Riesenzellen nnd enthalten ausser einigen Lenkozyten keine nachweisbaren Fremdkörper. Die histologische Untersuchung einer nodösen Sypbilis ergab, dass die Erkrankung ihren Ausgang von der Venenwand nimmt. Von der spezifischen Entzündung werden nach Hoffmanns Erfabrung hauptsächlich solche Venen betroffen, deren Wand infolge von Varikositäten phlebosklerotische Veränderungen zeigt. Schliesslich gelang Hoffmann in einem typischen Falle von Erythema nodosum syphiliticnm der Nachweis, dass die Erkrankung von einer Phlebitis kleiner subkutaner Venen ansgeht. Auch hier bestand eine hauptsächlich die Media und Adventitia sowie das periadventitielle Bindegewebe betreffende Entzündung.

Bemerkenswert scheint mir ferner, dass in einem Falle von Tarsitis, der unter dem Bilde der Amyloiddegeneration verlief, histologisch von Jamagncchi (6) festgestellt wurde, dass es sich nm eine Tarsitis syphilitica handelte.

Gehen wir alsdann zur **Viszeralsyphilis** über, so konnte Buschke (1) in einem tödlich verlaufenden Falle von Syphilis maligna den histologischen Nachweis von spezifischen Gefässveränderungen im Larynx erbringen. Im Halsmark fand sich eine geringe Meningitis, während in der Ulna mehrere Gummen bestanden und in beiden Testikeln eine ausgedehnte diffuse Orchitis mit Gummenbildung sowie ein recht beträcbtlicher indurierter Milztumor zu konstatieren waren.

In einem Falle von hereditärer Lues bei einem 15monatlichen Knaben fand Morfan (12) eine hypertrophische Thymns mit Zunahme des lymphoiden Gewebes, Verdichtung der Trabekel und Venen. Ausserdem bestanden in der Milz Hämorrhagien, Infiltration und in der Gegend der Malphigischen Körperchen der erste Beginn einer gummösen Neubildung.

Anch im Pankreas konnte Stoerk (19) bei hereditärer Lues eine interstitielle produktive Entzündung, Gefässwandveränderungen und Gummibildung im interstitiellen Bindegewebe, aber auch im Parenchym, und eigenartige Veränderungen an den Langerhansschen Inseln konstatieren.

In einem von Moses (13) beobachteten Falle von beiderseitiger hochgradiger Verkrümmnng der Unterschenkel, Tibia en lame de sabre, fand sich bei näherer Untersuchung des Knochenstückes, dass sich in demselben eine erbsengrosse Höhle befand, die zum Teil mit morschen Knochenbälkchen erfüllt war. Dieser Rarefikationsherd, der offenbar der Sitz eines gummösen Prozesses gewesen war, wurde durch

das ihn umgebende total sklerosierte Knochengewebe völlig verdeckt und markierte sich nicht bei der Röntgendurchstrahlung.

Anch über **Herzsyphilis** liegen mehrere Untersuchnngen vor. Romanow (18) fand in zwei Fällen einmal ausgesprochene Gummen in den Ventrikeln und das andere Mal eine produktive Myokarditis. van Huellen (5) wies bei einer Myocarditis gummosa zahlreiche Riesenzellen nach. Es bestand hier ein schnell verlaufender, produktiver Entzündnngsprozess, bei dem es nur in sehr geringem Masse znr Bildung von Interzellularsubstanz gekommen war und in welchem anch regressive Veränderungen, sowie Endarteriitis und Endokarditis fehlten. Desgleichen fand Goldfrank (3) in einem Falle von Herzgummata zahlreiche Riesenzellen.

Da die Frage nach den Beziehungen zwischen schwieliger Aortensklerose und Syphilis noch keineswegs in allgemein anerkannter Weise beantwortet ist, so haben die Erfahrungen Mönckebergs (11) ein grosses Interesse. Er stellt zwar nicht in Abrede, dass die schwielige Sklerose und namentlich diejenige Form, die tiefeingezogene Narben und grübchenförmige Vertiefungen anfweist, das Ausgangsstadium einer echten, schon makroskopisch diagnostizierbaren gummösen Aortitis darstellen kann. Er glaubt aber doch behaupten zu müssen, dass diese Entwickelnng des Prozesses nicht als Regel anznsehen ist, dass vielmehr die meisten Fälle sich ungezwungen erklären lassen durch primäre Schädigungen der Media mit darauffolgender basaler Entzündung, deren Produkte allmählich in Narbengewebe übergehen.

In zwei Fällen von **Lebersyphilis** wurde von König (8) erst mikroskopisch die gummöse Erkrankung erkannt, und bei hereditärer Lues konnte R. Oppenheimer (15) Riesenleberzellen nachweisen. Die Riesenzellen haben sich in die Leberhalken eingefügt an Stelle normaler Leberzellen. Sie entstehen auf dem Boden der Lues als Ausdruck einer stellenweise fast diffusen Entwickelnngsstörung des Lebergewebes, ohne dass sich die Leberriesenzellen als Bestandteile nmschriebener oder diffuser entzündlicher Infiltrationen präsentieren. Sie gehören ebensowenig zur eigentlichen lnetischen Entzündung, wie eine myogene Riesenzelle in einem Muskelgumma, in welchem eine durch syphilitische Myositis erzeugte Muskelatrophie zur Bildung riesenzellartiger Bruchstücke seitens der Muskelfasern geführt hat.

Ein interessantes Präparat vom Gumma des fünften Halswirbels mit gummöser Pachymeningitis demonstrierten Ząk und K. Sternberg (20). Die Dura mater zeigte an dieser Stelle an ihrer Aussenfläche eine etwa 20 Pfennigstückgrosse, flache Auflagerung, die aus einem rötlichbrannen, im Zentrnm erweichten Gewebe bestand. Das Halsmark war hier stark komprimiert und seine Zeichnung verwischt. Zugleich befanden sich in der stark gelappten Leber mehrere Gummen.

XLI.

Lues der Haut, einschliesslich Primäraffekt.

Bearbeitet von **Mraček**-Wien, mit Beiträgen von **Selenew**-Charkow, **Verrotti**-Neapel (im Auftrage von **De Amicis**-Neapel), **Vörner**-Leipzig und **Ch. J. White**-Boston.

Literatur:

1. Baner, Martin, Über Digitalskleroson. Diss. Würzburg.
2. Baum, Fall von Primäraffekt auf einem vorderen Oherschenkel, Roseola und Polyskloradenitis. Verhandl. der Berliner dermatol. Ges., 20. VI.

2a. Derselbe, Fall von sekundärer Lues und einem mikropapulösen, juckenden Exanthem (Lichen ruber?). Verhandl. der Berliner dermatol. Ges., 20. VI. (Diskuss.: Isaac I, Rosenthal, Kromayer, Lodermann, Pinkus, Holler).

3. Boor, E., Mammary syphilis with involvement of the axillary and supraclavicular glands simulating cancer of the hreast. Med. News, 28. Oktoher.
4. Bellezza, L., Un caso di sifiloma successivo. La Tribuna medica. Nr. 7.

4a. Bewersdorff, Richard, Über Syphilis maligna. Diss. Halle.

5. Blaschko, Fall von Erythème papuleux fessier (Jacquet) oder Dermatite papuleuse postérosive oder Syphiloides postérosives (mit Diskussion von Holler, Rosenthal, Pinkus.). Verhandl. der Berliner dermatol. Ges., 9. V.
6. Collard, A., Etude sur les syphilides zoniformes. Thèse do Paris.
7. Constant, E., Contribution à l'étude de la papule syphiloide post-érosive chez l'adulte. Thèse de Toulouse.
8. Djatschkoff, N. N., Drei Fälle von extragenitalen Sclerosen. Russisches Journal der Haut- und venerischen Krankheiten. T. X. Juli.
9. Derselbe, Einige Bemerkungen über extragenitale Primäraffekte. Russisches Journal der Haut- und venerischen Krankheiten. T. IX. Januar—März.
10. Derselbe, Slutschai sotschetanija sifilititscheskawo saholewanija wsech nogtoi i okrushnosti ich i sabolewanija serdza i potschek. (Ein Fall von syphilitischer Affektion aller Nägel und ihrer Umgehung und gleichzeitige Erkrankung des Herzens und der Nieren). Praktitscheskij Wratsch (Der praktische Arzt). Nr. 28, 29.
11. Ehrmann, Fall von Lichen syphiliticus (mit Diskussion von Finger). Verhandl. der Wiener dermatol. Ges., 25. I.
12. Derselbe, Fall von Lues pustulosa Verhandl. der Wiener dermatol. Ges., 10. V.
13. Derselbe, Über lichenförmige Syphilide. Wiener med. Wochenschr. S. 1973.
14. Finato, L., Un caso di epitelioma associato a sifiloma. Clinica moderna, 6. September.
15. Finger, Fall von maknlösen und papulösen Ringen um Leukodermaflecke herum. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges., 10. V. (Diskuss. Ehrmann).
16. Derselbe, Fall von syphilitischen orbikulären seborrhoischen Papeln im Gesicht und auf der Stirn. Verhandl. der Wien. dermatol. Ges., 22. II.
17. Fischkin, E. A., The elements of diagnosis of cutaneous syphilis. Journ. of the Amer. med. Assoc., 8. Juli.
18. Gofter, A. A., Zur Frage über die Veränderungen der Haut bei Syphilis. Aus der Klinik von Selenew. Russisches Journal der Haut- und venerischen Krankheiten. T. X. November.
19. Grünfeld, Fall von papulo-nekrotischem Syphilid (Varicella syphilitica.) Verhandl. der Wiener dermatol. Ges., 8. I.

19a. Hafemann, Walter, Über Heissluftkauterisation des Ulcus durum. Diss. Rostock.

20. Hallopeau et Doroye, Sur un cas de syphilide présentant un développement anormal au voisinage de accident primitive. Journ. des mal. cut. et syph. S. 426.

21. Harttung, Fall von frischer Lues mit grossen Knoten in der Cutis der Waden. (wohl Erythème indurée de Bazin). Breslauer dermat. Verein., 12. I.
22. Juliusberg, Fall zur Diagnose: Tuberkulid oder Syphilis? Breslauer dermat. Verein., 12. I.
23. Kisal, A., Zur Kasuistik der knotigen Syphilis in Verbindung mit mechanischer Reizung (Demonstration). Protokolle der Charkower dermatologischen und venerologischen Gesellschaft, Sitzung am 29. März.
24. Kriechewitch, E. K., 1. Lepra tuberosa et Lues gummosa; 2. Lepra tuberosa et anaesthetica. Protokolle der Charkower dermatologischen und venerologischen Gesellschaft, Sitzung am 5. Mai. Russisches Journal der Haut- und venerischen Krankheiten. T. IX. Mai.
25. Leiner, 7jähriger Knabe mit akquirierter Lues, besonders papulösen, psoriasisähnlichen Infiltraten. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges., 29. III.
26. Lesser, Zwei Fälle von Syphilis mit Exanthème satellitiforme (Bombensyphilid.) Ges. der Charité-Ärzte in Berlin, 8. VI. (Diskuss. Scheibe).
27. Lomowitzky, P. F., Fall von primärer Sklerose der Oberlippe. Russisches Journal der Haut- und venerischen Krankheiten. T. X. Juli.
27a. Lurz, Richard Otto, Über extragenital akquirierte Primäraffekte an Kinn, Wangen, Ohren, behaartem Kopf und Stirn, und anschliessend daran ein Fall von Initialsklerose an der rechten Wange. Diss. Würzburg.
28. Marcues, B., Fall von Herpes labialis, wohl syphilitischer Natur, bei einem pustulösen Syphilid des Körpers. Verhandl. der Berliner dermatol. Ges., 14. II.
29. Markoff, N. N., Ein seltener Fall von extragenitaler Syphilisansteckung. Russisches Journal der Haut- und venerischen Krankheiten. T. X. Juli.
30. Mazza, G., Di una varietà non descritta di sifiloderma rupioide — R. Accademia di scienze, lettere ed arti, Serie III — Vol. VI.
31. Ménétrier, Maladie de Paget d'origine syphilitique. Soc. méd. des hôp., 26. Mai.
32. Miropolsky, J. A., Drei Fälle extragenitaler Syphilisinfektion. Russisches Journal der Haut- und venerischen Krankheiten. T. X. Juli.
33. Montgomery, The location of extragenital chancres. Journ. of cut. dis. Aug.
34. Nobl, 3jähriger Knabe mit akquirierter kondylomatöser Syphilis der Mundhöhle und disperser tuberösen Skrofulodermaknoten. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges., 29. III.
35. Derselbe, Fall einer Kombination von Psoriasis vulg. nummularis, punctata et confluens mit Syphilis papulosa. Verhandl der Wiener dermatol. Ges., 24. V.
36. Derselbe, Fall von zerfallendem Gumma des Sulcus coronarius mit Streifung der Frage einer Reinfectio syphilitica (mit Diskussion von Ehrmann). Verhandl. der Wiener dermatol. Ges, 8. II.
37. Oppenheim, M., Fall von Lues mit papulösen, frambösiformen Wucherungen im Gesicht. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges., 10. V. (Diskuss. Mraček).
38. Derselbe, Fall von Lues, und zwar Syphilis corymbosa der Stirn und Rupia syphilitica am Halse. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges., 10. V.
39. Parlato, R., Due casi di fagedenismo terziario nelle regioni genitali con straordinarie deformazioni delle parti per stati elefantiastici consecutivi. — Giorn. internaz. delle scienze mediche. Fasc. 4. S. 145.
40. Pascalidès, P., Tumeurs blanches syphilitiques. Thèse de Paris.
41. Perls, Lues maligna, mit kolossaler Pigmentation abheilend. Breslauer dermat. Verein, 6. VI.
42. Rotman, P. A., Extragenitaler Primäraffekt am Penis. Russisches Journal der Haut- und venerischen Krankheiten. T. X. Juli.
43. Saar, Fall von ulcero-serpiginösem Syphilid. Breslauer dermat. Verein., 6. VI.
44. Derselbe, Mikropapulöse Syphilid als erstes Exanthem, sonst nur noch Papeln an den Handtellern. Breslauer dermat. Verein., 6. VI.
45. Sabareanu, G., Chancres syphilitiques successifs. Thèse de Paris.
46. Scherber, G., Sklerose an der Oberlippe. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges., 15. III.
47. Schindler, Fälle von mikropapulösem Syphilid. Breslauer dermat. Verein., 12. I.
48. Sergent, A propos d'un cas de tumeur blanche chez un tuberculeux syphilitique. Soc. méd. des hôp., 3. März.
49. Siebert, Fall von maculo-papulösem Syphilid Breslauer dermat. Verein, 12. I.
50. Smiriagin, M. G., Der Nasenkrebs auf syphilitischem Boden. Russisches Journal der Haut- und venerischen Krankheiten. T. X. November.
51. Sowinsky, Z. W., Drei Fälle von ausgedehnten gummösen Zerstörungen am Geschlechtsgliede. Russisches Journal der Haut- und venerischen Krankheiten. T. X. August.

52. Spiethoff, Fall von disseminiertem Lichensyphilid als erstem Exanthem. Biol. Abt. des ärztl. Vereins Hamburg, 23. V.
53. Derselbe, Fall von Hautgumma am Brustbein und Lupus erythematosus an der Wange. Biol. Abt. des ärztl. Vereins Hamburg, 23. V.
54. Vennes, J., Chancres multiples du sein. Montpellier méd., 4. Juni.
55. Wechselmann, Zwei Fälle von Chancre bipolaire odor successif. Verhandl. der Berliner dermatol. Ges., 14. II.
55a. Weitz, Wilhelm, Über einen eigenartigen Fall von Syphilis haemorrhagica bei einem Erwachsenen. Diss Kiel.
56. Wolbarst, A. L., Extragenital chancres. New York med. Journ., 26. August.
57. Wolff, Fall von papulo-krustösem Syphilid mit eigentümlichen Formen. Unterelsäss. Ärzteverein in Strassburg, 25. II.
58. Zedlewski, Über die Infektiosität der Gumma. Diss. Leipzig.
59. Zimmermann, Luetisches Ulcus auf der Schulter, durch Eisenlichtbestrahlung in Heilung. Ärztl. Ver. in Nürnberg, 5. I.
60. Sklerose an der Oberlippe. Verhandl. der Wiener dermatol. Ges., 15. III.

Der Infektionsmodus war in Leiners (25) Fall völlig unklar. Es bestanden an Stamm und Extremitäten, an Hals, Beugeseite der Ellbogen und Kniegelenke, Innenseite der Oberschenkel, Skrotnm, Penis, kronengrosse papuläre Infiltrate, von denen einzelne eine deutliche Schuppe in Form einer peripheren Krause zeigten. Ausserdem fanden sich Psoriasis palmaris, Plaqnes im Munde und an den Tonsillen, Schwellung der Halsdrüsen, Leber- und Milzvergrösserung. (M.)

Ein Noblscher (34) Fall steht in engem Zusammenhange mit dem von Leiner in derselben Sitzung demonstrierten. Die beiden Knaben waren Spielkameraden, so dass der dreijährige Knabe in irgend einer Art von dem andern infiziert wurde. Die Mutter des letzteren hatte die gleiche Affektion an den Lippen nnd einen Gesichtsausschlag. Der vorgestellte dreijährige Knabe zeigte neben syphilitischen auch unzweifelhaft tnberkulöse Symptome: tnberöse Skrofnlodermaknoten am Stamm, Conjunctivitis lymphatica, Narben nach eingeschmolzenen Lymphomen am Hals. Die syphilitischen Effloreszenzen bestanden in rhagadierten, warzig gewucherten Infiltraten an der Ober- nnd Unterlippe. (M.)

In beiden Fällen Wechselmanns (55) handelte es sich um einen Primäraffekt am Penis und einen zweiten am Kinn. Solche Fälle sind mit Rücksicht anf die Frage der Immunität und die Möglichkeit einer Superinfektion wichtig. In dem einen der beiden Fälle konnte festgestellt werden, dass die Sklerose am Kinn etwa sechs Tage nach dem Manifestwerden des genitalen Geschwüres durch Anfkratzen eines kleinen Pustelchens entstanden sein soll. (M.)

Es handelt sich in Bellezzas (4) Fall um einen Kranken, der zwei Syphilome darbot, das eine am Penis, das andere an der linken Wange; das letztere erschien sieben Tage nach dem ersten. Der Fall spricht also authentisch für das aufeinanderfolgende Auftreten von Syphilomen, die sowohl von zwei verschiedenen Infektionen herrühren können, als auch alle beide von einer Infektion. Ferner ist es nicht wahr, dass, wenn sich Syphilome nacheinander entwickeln, die zuletzt auftretenden sich geringer entfalten als die vorhergehenden. (Ve.)

Bei einem 40jährigen Sanitätsarzte aus Rotmans Beobachtung (42), welcher während des ganzen Jahres keinen Koitus ausgeübt hatte, erschien ein syphilitischer Primäraffekt am Penis. Für die Übertragung des Ansteckungsgiftes macht Rotman das gestärkte Hemd verantwortlich. (S.)

Djadschkow (9) bespricht die Ursachen, welche eine ausführliche Beschreibung von extragenitalen Schankern nahelegen. Dazu gehören: relative Rarität, statistische Wichtigkeit, Erklärung der Ätiologie (Einfluss des Gewerbes, der Fahrikarheit, der Profession u. a.), der Klinik (Varietät von Schankern, Abweichung vom Typus), gerichtlich-medizinische Bedeutung, Notwendigkeit der Gruppierung und Beleuchtung des vorhandenen Materials. (S.)

Drei Fälle Miropolskys (32): 1. Primäre Syphilome der linken Mandeldrüse bei 32jährigem Koche; wahrscheinliche Ansteckungsquelle das gemeinsame Küchengeschirr (sein Kamerad, der Syphilis hatte, kostete die Speisen mit dem Esslöffel). 2. Primäre Syphilome der Oberlippe bei 18jährigem Arbeiter einer Lederfabrik; Ansteckungsquelle die Zigarette des kranken Kollegen, welcher zu derselben Zeit ins Krankenhaus eintritt. 3. Primäraffekt an der Haut des linken Nasenloches bei einem 50jährigen Bauern. Wahrscheinliche Ansteckungsquelle das gemeinsame Handtuch, welches auch sein Enkel benutzte. (S.)

Ausser einer literarischen und historischen Übersicht gibt Montgomery (33) eine Statistik seiner beobachteten Fälle von extragenitalem Schanker. Die Lippen und ihre Kommissuren waren 29 mal, Finger 7 mal, Abdomen 5 mal, Anus und Vorderarm 3 mal, Gaumen, Tonsillen, Augen, Wangen, Nacken und Hand je 1 mal befallen. (W.)

Der extragenitale Primäraffekt in Scherhers (46) Fall war durch Kuss akquiriert worden. Es bestand starke indolente Schwellung der Submental- und Submaxillardrüsen derselben Seite. Ausserdem fanden sich zwei verschiedene Exantheme: ein primäres universelles Exanthem am Stamm, dann ein gruppiertes papulöses Rezidivexanthem an der Stirn. Schliesslich bestand ein Naevus pigmentosus pilosus am Rücken. (M.)

36jähriger Maschinist aus Lomowitzkys (27) Praxis bekam zwei syphilitische Primäraffekte auf der Oberlippe. Das Geschwür war dem Krebse ähnlich. Ansteckungsart unbekannt. (S.)

Drei Fälle Diatschkoffs (8). 1. Syphilitischer Primäraffekt in der linken Augennasenfalte bei 30jährigem Schriftführer. Ansteckungsart blieb unbekannt. 2. Syphilitischer Primäraffekt des Bauches neben drei Geschwüren am Genitale bei 22jährigem Fabrikarbeiter. Verf. weist auf die bedeutende Grösse der Primäraffekte des Bauches hin. 3. Primäre Syphilome des rechten Zeigefingers bei 29jährigem Arbeiter. Ansteckungsart unbekannt. (S.)

Ein junger Soldat aus Markoffs (29) Praxis hatte an der rechten Seite der Brust eine Geschwulst, welche aufbrach und sich zu einem syphilitischen Primäraffekt entwickelte. Ansteckungsart: Manipulationen bei der Verbindung der Wunden. (S.)

Bei einem 19jährigen Maurer aus Baums Praxis (1) bestand ein extragenitaler Primäraffekt am Oberschenkel, ein makulöses Erstlingsexanthem und multiple indolente Drüsenschwellungen. Der Infektionsmodus war wie in so vielen derartigen Fällen nicht zu eruieren. (M).

Die von Parrot zuerst beschriebene Affektion wurde unter verschiedenen Namen: Erythème papuleux fessier, Dermatitis papuleux postérosive, Syphiloides postérosives beschrieben und durch die letztere Bezeichnung — wohl mit Unrecht — mit Syphilis in Zusammenhang gebracht. Der von Blaschko (5) vorgestellte Fall betraf ein 14jähriges

Kind, das die Affektion an den Nates zeigte. Die Entwickelung geht in der Weise vor sich, dass aus kleinen Bläschen Erosionen entstehen, welche sich oft zu indolenten Papeln aushilden. Die Daner der Affektion erstreckt sich häufig üher mehrere Monate, die Anamnese und der Verlauf sprechen gegen Syphilis. In der folgenden Diskussion hetont Heller die sichtliche Ähnlichkeit der Affektion mit dem kindlichen Ekzem. Anch Rosenthal und Pinkus sprechen sich gegen die Annahme einer syphilitischen Ätiologie aus; meist sind kachektische Kinder betroffen. (M.)

Ehrmann (13) hespricht nach einem kurzen historischen Rückblick his auf Hebra die Definition des „Licheu syphiliticus", der nicht eiue eigene Krankheit, sondern nur eine Erscheinungsweise der Syphilis darstellt. Die Affektion kann auf drei verschiedene Arten zustande kommen: 1. hei einem gewöhnlichen makulösen Syphilid; diese Form hringt Ehrmann mit der von Unna heschriehenen Roseola granulata in Zusammenhang; 2. entsteht sie hei Individuen, die sonst gesund sind und nur an sogenauntem Lichen pilaris leiden. Fälle dieser Art, von deuen Ehrmaun selhst zwei in der K. K. Gesellschaft der Ärzte in Wien vorgestellt hat, lehren, dass eine vorausgehende Hyperämie einen hestimmten Einfluss auf die Aushreitung des Virus in der Sekundärperiode nimmt. Eine Analogie läge in den den Tuberkuliden voraugehenden Perniones (heim Erythema Bazin etc.). 3. Entwickelt sich ein lichenförmiges Syphilid hei kachektischen Individuen als Ausdruck eines malignen Syphilisverlaufes. Pathologisch-anatomisch stellt der Lichen syphiliticus ein gruppiertes kleinpapulöses Syphilid ohne Rücksicht auf seine Lokalisatiou um die Haarhälge dar. Mikroskopisch zeigt sich eine kleine Zerfallshöhle in der Epidermis nnd der oherflächlichen Lederhautschichte. (M.)

Ein Fall von Lichen syphiliticus wurde später von Ehrmann (11) in seiner ausführlichen Arbeit (Wiener med. Wochenschr. S. 1973) genauer wiedergegehen. Finger hemerkt in der Diskussion: Diese Syphilide sind sehr verschieden in ihrer Entwickelung. Es entwickelt sich oft eine Roseola, auf der Basis derselhen kleinste Knötchen nnd diese treten zu einer ganzen Gruppe von Licheneffloreszenzen zusammen. Es wandeln sich alle Roseolen in eine Gruppe von lichenoiden Papeln um. Bei der zweiten Reihe von Fällen entsteht zuerst eiu lentikuläres Syphilid, das von Anfang an schuppt, und nm diese Effloreszenzen entwickeln sich erythematöse Höfe his zu Guldengrösse; das Erythem schwindet dann. Ehrmann hat in seiner erwähnten Arheit den Entwickeluugsgang der einzelnen Formen des Lichen syphiliticus genauer geschildert. (M.)

Bei dem Manne aus Spiethoffs Beobachtung (52) waren disseminiert stehende, gruppierte klein-papulöse Knötchen (sogeuannter Lichen syphiliticus) als Erstlingsexanthem aufgetreten. (M.)

Der Fall wurde an der Klinik Neisser durch Saar (44) beobachtet; es war ein lichenoides Exanthem, hestehend aus kleinen, dichtgedrängt stehenden Papeln als erstes Exanthem aufgetreten; ausserdem bestauden noch Papeln an Handtellern und Fusssohlen. (M.)

Es handelte sich hei dem von Schindler heobachteten Patienten (47) um einen jener seltenen Fälle, bei denen eine lokale Reaktion auf die Quecksilhereinverleihung auftritt. Der Mann, der ein mikropapulöses Syphilid zeigte, hegann nach der zweiten Einreibung mit Unguentum ciuereum zu fiehern (38°), um die einzelnen Papeln hildete sich ein

hocbrot gefärbtes urtikarielles Erythem. Nach einigen Tagen blassten die erythematösen Ringe wieder ab. Bei der Wiederaufnabme der Scbmierkur trat eine ganz anloge Attacke auf. (M.)

Der 21jährige Mann aus Fingers (16) Praxis zeigte heller- bis kronenstückgrosse Kreise mit gut ansgeprägtem brannroten wallartigen Saum, die zentralen Partien flach, etwas eingesunken, mit einem hellhraunen, etwas ins Gelbliche spielenden Farbenton. Einzelne dieser orbikulären Papeln konfluierten und bildeten Kreisformen. Der Patient zeigt ausserdem eine Sklerosennarbe am Präputium, schuppende Papeln an der Penishaut, makulo-papulöses Syphilid am Stamm, Papeln an den Tonsillen. (M.)

Ein 30jähriger Schlosser aus Oppenheims Klientel (37) zeigte im Gesichte ein papulöses framhösiformes Syphilid, bei dem die Differentialdiagnose gegenüber Sycosis parasitaria ziemlich schwierig war. Doch zeigten die Effloreszenzen bei genauerer Betrachtung deutlich den Aufbau aus einzelnen elevierten hypertrophischen Papeln, Pnstelbildnng fehlt. Referent hat als Vorsitzender damals darauf aufmerksam gemacht, dass das Auftreten der Affektion im Gesicht wohl mit der Beschäftigung des Kranken als Schlosser im Zusammenhang steht; die strahlende Wärme bat infolge lokaler Irritation zur Bildung der papulösen Wucherungen im Gesicht Anlass gegeben. (M.)

Der an der Klinik Neisser durch Siebert (49) beobachtete Fall von makulo-papulösem Syphilid bot in mehrfacher Hinsicht differentialdiagnostisches Interesse, namentlich dnrch die Lokalisation der Effloreszenzen und das polymorphe Krankheitsbild. (M.)

Eine 20jährige Frau mit sieben Monate alter Lues zeigt, wie Finger (15) demonstriert, am Halse linsen- bis hellergrosse scharf ausgeprägte Leukodermaflecke, die Reste des ersten Exanthems. Das zweitaufgetretene Exanthem bildet vollständige oder nnvollständige Ringe nm die Leukodermaflecke herum und ist ein maculo-papulöses. Es ist dies ein Fall, der dafür spricht, dass Virus an den Stellen des ersten Exanthems zurückgeblieben ist und nun in loco neue Rezidiven veranlasst. Wie dies Lesser mehrfach bervorgehoben, findet von diesen Depots dann eine neuerliche Aussaat des syphilitischen Virus statt. In der Diskussion schliesst sich auch Ehrmann dieser Ansicht an und hebt hervor, dass an den von Leukoderma befallenen Stellen sich in der Tiefe Infiltrationsvorgänge abspielen, gewissermassen unsichtbare Effloreszenzen vorhanden sind. (M.)

Ein 29jähriger Kellner, den Oppenheim (38) vorstellte, akquirierte vor einem Jahre eine Sklerose. Gegenwärtig bestehen Narben am Stamm und den Extremitäten; an der Stirne flächenhaft grosse Herde, welche aus einzelnen braunroten papulösen Effloreszenzen gebildet sind, die deutlich erkennen lassen, dass das Zentrum des Herdes von einer grossen papulösen Effloreszenz gebildet ist, um das sich dann in einiger Entfernung frischere und kleinere syphilitische Papeln gruppieren. Diese Herde sind mit fettigen Schuppen bedeckt, die znm Teil lamellös geschichtet sind. Am Halse links ein kronengrosses kreisrundes Geschwür, das mit einer scbwarzen austernschalenähnlichen Kruste bedeckt ist. (M.)

Der von Ehrmann (12) vorgestellte Fall zeigt einen ziemlich malignen Verlauf der Syphilis, indem das Syphilid ein ulcero-pustulöses war und auch an den Schleimhäuten geschwürig zerfallende Infiltrate bestanden. (M.)

Ein 30jähriger Soldat aus Kisels (23) Beobachtung hatte knotige Syphilis des linken Oberschenkels, welche infolge Reizung durch die Militärtasche während des Marsches sich verbreitete. Das histologische Bild spricht für Syphilis. (S.)

Eine 30jährige Frau aus Marcuses (28) Beobachtung zeigte einen impetiginösen Ausschlag an der Lippe, welcher zuerst den Eindruck eines Herpes labialis machte. Am Körper besteht ein ulcero-pustulöses Syphilid, ausserdem Leukoderma, Skleradenitis. Zur Erklärung des Falles kommen zwei Möglichkeiten in Betracht. Entweder hat es sich um einen primären Herpes labialis gehandelt, auf dessen Boden ein pustulöses Syphilid entstand, oder aber es trat das pustulöse Syphilid in Form des Herpes labialis auf. (M.)

In Wolffs (57) Falle trat das polymorphe Syphilid in zwei verschiedenen Typen auf. Während an einigen Stellen im Gesicht und am Kopf das Krankheitsbild infolge der Bildung kleiner Bläschen, die zum Teil mit eingetrockneten Borken bedeckt waren, das Bild einer Impetigo contagiosa vortäuschte, traten am Stamme isolierte konische Effloreszenzen auf, die auf breiter Basis anfsitzend eine halbkugelige oder kugelförmige Gestalt angenommen haben. Der Fall bot also in mehrfacher Hinsicht ein differentiell-diagnostisches Interesse und beweist, dass die Syphilide teils aus bekannten lokalen, teils aus unbekannten Ursachen bedeutende regionäre Unterschiede in ihrem Aussehen und ihrem Verlaufe darbieten. (M.)

Das Krankheitsbild, das Grünfeld (19) beschreibt, erinnert an jene Formen von Lues, die früher als Varicella syphilitica bezeichnet wurden. Der Patient war ein 40jähriger Drechsler, der vor 1½ Jahren eine Urethralsklerose gehabt hatte. Gegenwärtig besteht ein universell über den Stamm und die Extremitäten ausgebreitetes papulo-pustulöses und pustulo-nekrotisches Exanthem. (M.)

Derartige Fälle von Syphiliden, bei denen ein zentraler von frischen Effloreszenzen in der Umgebung begleitet wird, werden häufig zur Stütze der namentlich von Neumann vertretenen Theorie herangezogen, dass die Syphilisprodukte Depots von Virus in der Haut am Orte ihres ersten Auftretens zurücklassen können, von denen gelegentlich wieder Rezidiven aufflackern. Auch Lesser (26) ventiliert anlässlich der Vorstellung eines Falles von sogenanntem Bombensyphilid neuerdings die Möglichkeit, dass nach der ersten „Überschwemmung“ einer Region mit Syphilisvirus Keime in loco zurückbleiben und den Ausgangspunkt von Rezidiven bilden. Mit dieser Vorstellung steht auch im Einklange, dass mit fortschreitendem Alter der Syphilis die Zahl der Herde eine immer kleinere wird. Anlässlich der Erörterung der infektiösen Natur der Syphilis kommt Lesser auch zu der Bemerkung, es bestehe für ihn nicht der geringste Zweifel, dass die Spirochaete pallida der Erreger der Syphilis ist. (M.)

Gefter (18) untersuchte die Haut von vier Syphilitikern, die keine Erscheinungen mehr darboten. Ein Jahr nach der Infektion kann man auch an scheinbar gesunden Hautstellen die charakteristischen histologischen Veränderungen (Degeneration, stellenweise Atrophie des Rete Malpighii, Infiltration der Papillen und der Cutis, besonders um die Gefässe, Wachstum von Gefässendothelien) beobachten. (S.)

Ein 67jähriger Patient (Hallopeau und Deroye [20]) weist ein Ulcus durum der Glans und des Präputium auf, über dem Penis am

Unterleib eine 4—10 cm messende Papel, im übrigen ein gewöhnliches papulöses Exanthem. (Vö.)

Bei der Kranken von Perls (41) bestand ein ausgebreitetes pustulös-ulzeröses Syphilid, das sich ein Jahr nach der Infektion entwickelt hatte. An einzelnen Stellen sind die Ulcera mit Hinterlassung einer auffallend starken Hyperpigmentierung abgeheilt. Es wurden verschiedene Versuche unternommen, diese entstellenden Residuen, namentlich im Gesichte, zu entfernen, was jedoch zu keinen befriedigenden Resultaten führte. Über die Natur des Pigmentes findet sich leider keine Angabe. (M.)

Der an der Klinik Neisser von Saar (43) beobachtete Fall zeigte ein einem malignen Verlaufe entsprechendes Syphilid, das stellenweise deutliche Ulzeration, zentrale Abheilung und peripheres Weiterschreiten der Infiltration aufwies. (M.)

Sowinsky (51) teilt drei Fälle mit, bei denen gummöse Geschwüre phagedänischen Charakter annahmen und ausgedehnte Zerstörungen des Penis produzierten. Die Ursachen dieser Malignität der Syphilis blieben unbekannt. (S.)

In einem der Fälle Parlatos (39) von tertiärem Phagedänismus entwickelten sich die Veränderungen des Gliedes unmittelbar nach der Einwirkung eines Traumas (Nagelverletzung) und an derselben Stelle, wo das Trauma sich ereignet hatte (Eichelfurche). (Ve.)

Der Fall von Mazza (30) unterscheidet sich von dem gewöhnlichen nodulophlyktänulären Syphiloderm durch den Mangel von Ulzeration, von dem rupiaähnlichen Syphiloderma foliaceum (von Majocchi beschrieben) durch die Art des Exsudates der schuppigen Krusten. Er hat von dem ersteren die knotige Basis und das Exsudat, von dem zweiten den Ausgang in Schrumpfung. Er unterscheidet sich von beiden durch die stürmische Entwickelung der coriopapillären Dermatitis. Das frühzeitige Auftreten der tertiären Erscheinungen in dem Falle ist auf Rechnung des Alters des Kranken (61 Jahre) und seiner Alkoholvergiftung zu setzen. (Ve.)

Bei der 56jährigen Frau in Zimmermanns Behandlung (58) konnte ein fast handtellergrosses luetisches Geschwür an der rechten Schulter durch 10malige Bestrahlung mit Eisenlicht fast gänzlich zum Schwinden gebracht werden. Ob dem Eisenlicht wirklich ein Vorzug gegenüber den Bangschen Lampen, dem Kjeldsenschen Apparate etc. gebührt, oder nicht vielmehr die von Kromayer eingeführte und in der letzten Zeit allgemein gerühmte Quarzlampe bessere Resultate gibt, müssen wohl weitere Erfahrungen lehren. (M.)

An einen Fall von exulzeriertem Gummi im Sulcus coronarius anknüpfend erörtert Nobl (36) die in der letzten Zeit durch die Versuche Metschnikoffs und Rouxs, Neissers, sowie Fingers und Landsteiners wieder sehr aktuell gewordene Immunitätsfrage, speziell das Vorkommen von Reinfectio syphilitica. Referent hat zwei derartige einwandsfreie Fälle selbst beobachtet. In den letzten Jahren haben sich die Beobachtungen von Reinfectio syphilitica trotz der strengeren Kritik, der sie gegenüber den Fällen älterer Autoren unterzogen wurden, anscheinend vermehrt. Die Gründe für diese Erfahrung sind vorläufig noch vollständig dunkel. (M.)

In Julinsbergs (22) Falle war die Differentialdiagnose zwischen Syphilid und Tuberkulid eine äusserst schwierige und gelang eigentlich erst nach dem positiven Ausfall der spezifischen Behandlung. Es bestand

bei der Frau ein eigenartiges aggregiertes tuberöses Syphilid an der Streckseite beider Hände und des linken Oberschenkels. Die Affektion war schon vor 10 Jahren (!) aufgetreten, an den Händen bestand sie seit einem Jahre. Sie stellte herdförmig angeordnete, erbsengrosse papulöse Effloreszenzen von bläulichroter Farbe dar, welche eine zentrale Atrophie und Delle (also grosse Ähnlichkeit mit der Folliculitis) zeigten; einzelne Effloreszenzen waren mit Narbenbildung, andere mit Hinterlassung von Pigmentierungen abgeheilt. Die Tuberkulinreaktion fiel negativ aus, auf antisyphilitische Behandlung schwanden die Knötchen. (M.)

Der Fall Harttungs (21) ist, soweit sich aus dem Berichte entnehmen lässt, nicht völlig klargestellt. Es handelte sich um einen Kranken mit schwerem Syphilisverlauf. Schon im Prodromalstadium entwickelten sich schwere toxische Allgemeinerscheinungen und Störungen, die sich auf das Gefässsystem beziehen liessen, periodisch auftretende Schüttelfröste und Ödeme an den unteren Extremitäten. Es bildeten sich scharf umschriebene Knoten von etwa Kirschkerngrösse in der Subcutis, die etwa durch 8—10 Tage bestehen blieben, um dann wieder zu verschwinden. Der Kranke gab an, dass er durch lebhafte Bewegung diese Knotenbildung provozieren könne. Eine histologische Untersuchung wurde nicht vorgenommen, da sie der Kranke nicht zuliess. Der ephemere Bestand der Knoten macht die Diagnose um so schwieriger. (M.)

Ein Fall Spiethoffs (53) zeigte einen handtellergrossen Herd von Lupus erythematodes an der linken Wange, der zentral abgeheilt war, ferner ulzerierte Gummen in der Gegend des Brustbeines. Mit Rücksicht auf die gleichzeitig bestehenden Gummen war die Diagnose des grösstenteils schon vernarbten Lupus erythemadotes ziemlich schwierig, namentlich die Abgrenzung gegenüber einem tuberösen Syphilid. (M.)

Ein 25jähriger Schmied zeigte, wie Baum (2) demonstrierte, bei halbjähriger Dauer der Lues multiple Drüsenschwellungen, Plaques mouqueuses, Alopecia specifica und lokale Papeln. Ausserdem bestand ein mikropapulöses juckendes Exanthem am Stamm. Da der Patient sich in einem ziemlich heruntergekommenen Ernährungszustande befindet, meint Baum, dass es sich um eine Kombination mit Lichen ruber handelt. Isaac nimmt ein papulöses Syphilid an, Kromayer eine typische Acne syphilitica, vorwiegend mit Rücksicht auf die charakteristische Gruppierung. Ledermann schliesst sich der Diagnose Baums (Lichen ruber) an. (M.)

Eine 30jährige Frau aus Nobls (35) Praxis litt zugleich an Psoriasis und Syphilis. Die Diagnose war um so schwieriger, als eine schwere Seborrhöe bestand, welche dem Syphilid die grösste Ähnlichkeit mit Psoriasis verlieh, während umgekehrt wieder die Psoriasisplaques bei ihrer blassen Färbung und geringen Schuppenbildung an Lues erinnerten. Leukodermaflecke am Nacken und Papelnarben an den kleinen Labien sicherten die Diagnose Syphilis. (M.)

Bei einem 45jährigen Patienten Smiriagins (50) mit hereditärer Syphilis und gummösem Geschwüre des Gesichtes (Nase, Wange) entwickelte sich ein Kankroid. Spezifische Therapie verbessert die Chancen für chirurgische Manipulationen, indem sie die Infiltration und die Wundfläche vermindert. (S.)

XLII.

Lues des Herzens, der Blut- und Lymphgefässe, sowie Grenzgebiete nach der Dermatologie hin.

Bearbeitet im Verein mit **Karl Herxheimer**-Frankfurt a. M. von **K. Cohn, Danziger, Friederichs, Hübner** und **Ipsen** (sämtlich in Frankfurt a. M.), mit Beiträgen von **Churchman**-Baltimore, **Rasch**-Kopenhagen, **Selenew**-Charkow, **Verrotti**-Neapel (im Auftrage von **De Amicis**-Neapel) und **Vörner**-Leipzig.

Literatur:

1. Albrecht, Über Arteriosklerose. Ärztl. Verein in Frankfurt a. M. 20. XI.
2. Asahi, Kenkichi, Beitrag zur Kenntnis der Gefässverkalkung in der Haut. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 76. S. 287.
3. Bergh, R., Om Lymfekarsystemets Forhold ved (primair) syphilitisk Infection hos Kvinder. (Über das Verhalten des Lymphgefässsystems bei (primärer) syphilitischer Infektion der Frauen.) Hospitalstidende. S. 1161.
4. Burwinkel, O., Ätiologie und allgemeine Therapie der Arteriosklerose. Berliner klin. Wochenschr. S. 472.
5. Fabinyi, Rud., Über die syphilitische Erkrankung der Basilararterien des Gehirns. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 30. S. 44.
6. Fahr, Über einen durch Lues bedingten Fall von Aortenaneurysma. Biol. Abt. des ärztl. Vereins Hamburg. 17. I.

6a. Futran, Arnold, Über einen Fall von multiplen Syphilomen des Herzens. Diss. München.

7. Goldfrank, F., A case of heart gummata, with sudden death. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 45. 4. November. S. 1394.
8. Goucher et Touchord, Phlébites multiples au cours de la syphilis sécondaire. (Mehrfache Phlebitis bei sekundärer Syphilis.) Journ. des malad. cut. et syphil. Heft 3. S. 189.

8a. Hasselbach, Ernst, Beiträge zur Syphilis der Blutgefässe. Diss. Greifswald.

9. Hochhalt, Fall von Myocarditis syphilitica. Ges. der Spitalärzte, Budapest. 29. III.
10. Hochsinger, Fall von Morbus coeruleus. Ges. f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien, pädiatr. Sekt. 14. XII. (Diskuss.: Swoboda, Eisenschitz, Escherich.)
11. Hoffmann, Erich, Venenerkrankungen im Verlauf der Sekundärperiode der Syphilis. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 73. S. 39 u. S. 245.
12. von Huellen, A., Ein Fall von Myocarditis gummosa mit zahlreichen Riesenzellen. Zeitschr. f. Heilk. Bd. 26. S. 227. Abt. f. pathol. Anat.
13. Kronheimer, Kindskopfgrosses Aneurysma der Aorta bei einem früher luetisch infizierten Manne. Nürnberger med. Ges. u. Polikl. 16. III.
14. Marcus, Karl, Ein Fall von Venensyphilis im Sekundärstadium. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis. Bd. 77. S. 43.
15. Marcuse, B., Fall von nodöser Phlebitis bei einer syphilitischen Frau. Verhandl. der Berliner Dermatol. Ges. 14. II.
16. Martin, C. F. and Meakins, J. C., Peripheral Phlebosclerosis. Transact. of the Assoc. of American Physicians. Vol. 20. S. 525.
17. Oettinger, Stauungsblutungen im Gesicht und der Conjunctiva durch heftiges Erbrechen. Ärztl. Verein in Hamburg. 2. V.
18. Philippson, Louis, Über Venenerkrankungen der Haut. Biol. Abt. des ärztl. Vereins Hamburg. 6. VI. (Diskuss.: Reiche, Unna.)
19. Reitter, Karl, Fall von organischer Tricuspidalinsufficienz bei einem Luetiker. Ges. f. innere Medizin u. Kinderheilk. in Wien. 6. IV.
20. Ribbert, Demonstration einer syphilitischen totalen Obturation des rechten Astes der Pulmonalarterie. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. in Bonn. 17. VII.

21. Savaceni, C., Endoarterite obliterante e infiltrazione pericapillare come causa di porpora e di emorragie nei sifilitici. Giorn. ital. delle malattie veneree e della pelle. Fasc. 5. S. 518.
22. Schmidt, Rud., Fall von Verengerung der oberen Hohlvene mit Anfällen von akut einsetzender, ganz maximaler venöser Stauung in der Haut. Ges. f. innere Medizin u. Kinderheilk. in Wien. 9. XI. (Disk.: v. Schrötter, Herm. Schlesinger.)
23. Takignchi, Kinji, Drei Fälle von Aortitis syphilitica. Diss. München.
24. Tberel, 2 Fälle von syphilitischer Aortitis. Ärztl. Verein in Nürnberg. 20. IV.
25. Vereé, M., Über Periarteriitis nodosa. Münch. med. Wochenschr. S. 1809.
26. Vörner, Hans, Über Syphilis und Hämorrhagie. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 76. S. 55.
27. Derselbe, Syphilis et hémorrhagies. Rev. prat. des mal. cut., syph. et vén. S. 400.
28. Wiedemann, Otto, Über Aortitis syphilitica. Diss. Leipzig.
29. Woloschin, A, K woprosu o sifilititscheskom sabolewanij aorty (Zur Frage der syphilitischen Aortitis). Medizinskoje Oboerenie (Mediz. Rundschau). 19.
30. Wolpert, Raphael, Über die Häufigkeit und Entstehung der Aortenaneuryema. Diss. Berlin.
31. Würth, Fritz, Über infektiöse Granulome des Herzens unter Zugrundelegung eines seltenen Falles von gummöser, grossknotiger Herzsyphilis. Diss. Würzburg.
32. Zaudy, Blutgefässveränderungen an der Haut des Rumpfes. Rhein.-westfäl. Ges. f. innere Medizin u. Nervenheilk. 5. II. Verein der Ärzte Düsseldorfs. 13. II.

Eine von Goldfrank (7) behandelte Patientin, 25 Jahre alt, eine Prostituierte, die Gonorrhoe und Kankroid gehabt hatte, betrat die Picksche Klinik zu Prag mit Lues condylomatosa im Jahre 1896. Sie wurde ein paar Jahre mit Unterbrechungen behandelt. 1903 wurde ihr die Lebensversicherungspolice verweigert, weil Herzgeräusche festgestellt wurden. Herzsymptome waren nicht vorhanden. Patientin starb plötzlich 1905. Bei der Sektion wurden Massen grauen, narbenartigen Gewebes in der linken Niere und in der rechten Herzkammer gefunden. Weisslich graue Flecken fanden sich im linken Appendix auricularis und im rechten Herzohr. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass dieses gummatöse Gewächse waren, die besonders interessant waren durch das Vorhandensein von Langhansschen Riesenzellen.

Syphilis des Herzens mit Gummabildung ist nicht mehr selten: Stockmann sammelte im Jahre 1904 allein 56 ausgesprochene Fälle. In der Mehrzahl der Fälle sind die Gummiknoten zahlreich. Die linke Herzkammer ist am häufigsten ergriffen. Die Blutgefässe sind regelmässig erkrankt. Die physikalische Untersuchnng ergibt gewöhnlich folgendes: vergrössertes Herz, Verstärkung des zweiten Pulmonaltones, Zeichen von einer erkrankten Klappe, schwacher, unregelmässiger und gewöhnlich schneller Puls. Der Tod tritt oft, wie im obigen Falle, plötzlich und ohne Symptome ein. (Ch.)

In der Literatur finden wir, wie Fabinyi (5) ausführte, drei Ansichten über die Ausgangsstelle der syphilitischen Gefässerkrankungen.

Nach der ersten (Heubner und seine Nachfolger) geht sie von der Intima aus.

Die zweite (Koester und Rumpf) hält die Media für den Sitz des primären Vorganges.

Die dritte Ansicht (Baumgarten, Marchand und viele andere) betrachtet die Adventitia und den Lymphraum zwischen ihr und der Media als Ausgangsstelle. Nur die Periarteritis sei spezifisch.

Nach der zweiten und dritten Ansicht ist die Erkrankung der Intima eine sekundäre Veränderung.

Oppenheim nimmt einen vermittelnden Standpunkt ein. Er meint, dass alle drei Gefässwandschichten selbständig erkranken können.

Fabinyi führt die Verschiedenheit der Auffassungen auf die Verschiedenheit der Fälle zurück, die die Anhänger der einzelnen Theorien beobachteten. Er hat in drei Fällen genaue histologische Untersuchungen mit dreierlei ganz divergierenden Resultaten gemacht, so dass er zu dem Wahrscheinlichkeitsschlusse gelangt, dass das syphilitische Virus gleichzeitig die Intima, die Adventitia oder auch die Media voneinander unabhängig befallen kann. Meist aber verschone es die mittlere Schicht. In der Intima verursacht die Syphilis eine intensive Proliferation, die zur Obliteration führen kann. In der Media und vor allem in der Adventitia erzeugte sie diffuse Entzündungen und unbeschriebene miliare Herde.

In den späteren Stadien des Prozesses werde das Gewebe aller drei Schichten durch Granulationsgewebe ersetzt, nur die Membrana fenestrata widerstehe allen pathologischen Einwirkungen. (Co.)

Die histologischen Untersuchungen Savacenis (21) an drei Fällen haben folgendes ergeben: a) Die Gefässveränderungen bei Syphilis sind sicher die Ursache der Blutergüsse und Hämorrhagien, wie es sich aus den Gefässveränderungen und den Wirkungen der antisyphilitischen Kur ergibt. b) Zu den Erscheinungen der Hautpurpura kann sich in einzelnen Fällen auch das Phänomen der Darmblutungen und des Blutbrechens hinzugesellen, die durch relative Funktionseinstellung des Magens und durch die antisyphilitische Kur zur Heilung gebracht werden können. c) Die subkutanen Nährinjektionen mit Pepton Heyden können die durch den gefährlichen Zustand des Magen-Darmkanals erschwerte Ernährung bedeutend mildern. Die örtlich noch gut vertragene Menge ist die einer 1 % Lösung, die ohne jede Unbequemlichkeit in Gaben von 10 bis 15 g Flüssigkeit täglich injiziert werden kann. An den Injektionsstellen pflegt nicht die geringste örtliche Reizerscheinung aufzutreten. d) Die subkutanen Injektionen mit Quecksilberpräparaten steigern in Fällen, die den untersuchten ähnlich sind, absolut nicht die Neigung zu Blutungen, wie man es fast allgemein bis heute geglaubt hat, und sie steigern sie auch nicht in den Fällen, in denen das Phänomen der Blutungen und der Hämorrhagien nicht durch eine Endarteriitis bedingt ist, sondern einfach durch eine von der Syphilis abhängig perivasale Infiltration. (V.)

Die von Ribbert (20) vorgelegte Aorta zeigt bis zu den Abgangsstellen der grossen Arterien eine diffuse Endarteriitis. Um sie herum befindet sich ein zum Teil nekrotisiertes, speckiges Granulationsgewebe, das knotenförmige Anschwellungen, Gummen, besitzt. Durch das syphilitische Gewebe hindurch zieht die obliterierte Pulmonalis. An der Abgangsstelle des Astes springt die Intima wulstförmig vor und verdeckt so völlig jene Stelle. Daneben befinden sich noch zwei andere mit der ersteren konfluierende Verdickungen der Gefässinnenfläche. (Co.)

Versé (25) beschreibt einen der seltenen Fälle von Periarteriitis nodosa. Diese zuerst 1865 von Kussmaul und Maier beschriebene Affektion stellt eine eigenartige Erkrankung der kleineren Arterien in Leber, Mesenterium, Darm, Magen und Samenstrang dar, die charakterisiert ist durch die Bildung fusiformer oder kugeliger kleinerer Aneurysmen mit Thrombosen der befallenen Gefässe. Während ein grosser

Teil der Autoren die Affektion für eine Infektionskrankheit sui generis hält und als Hauptgrund die häufige Kombination mit Nephritis anführt, erklärt Verf. die Erkrankung für eine besondere Form der Gefässsyphilis. Zwar bestehen in histologischer Beziehung einige Verschiedenheiten zwischen der typischen Arteriitis syphilitica, die besonders die Hirnarterien befällt und der Periarteriitis nodosa, die namentlich an den Arterien des Rumpfes zur Entwickelung kommt, jedoch sind diese nur gradnell. Es ist also in jedem Falle von Periarteriitis nodosa eine energische, antisyphilitische Behandlung einzuleiten. (D.)

Im ärztlichen Verein zu Nürnberg stellte Thorel (24) in der Sitzung vom 20. IV. zwei Fälle von sog. syphilitischer Aortitis vor. Bei beiden fehlten sonstige pathologisch-anatomische Stigmata für Syphilis, auch anamnestisch liess sich dieselbe nicht nachweisen. Thorel möchte daher die mesoarteriitischen Veränderungen nicht mit Sicherheit auf Lues beziehen. Die Mesoarteriitis hatte in einem Falle zn einem umschriebenen hühnereigrossen Aneurysma des Arcus aortae geführt. (H.)

Woloschin (29) teilt zwei Fälle von Aortitis syphilitica, welche das Bild der produktiven Aortaentzündung im Sinne von Chiari, Stranb u. a. darstellt, mit. Syphilis wurde in einem Falle nur anamnestisch konstatiert, im anderen bei der Obduktion durch den Nachweis von Gummen der Leber und der Milz festgestellt. (S.)

Im ärztlichen Verein zu Frankfurt a. M. sprach Albrecht (1) am 20. Nov. über Arteriosklerose.

Unter diesem Namen werden verschiedene Krankheitserscheinungen zusammengeworfen: Die luetischen Erkrankungen der Gefässe, die Arterionekrose dnrch intravenöse Adrenalininjektion, die Mediaverkalknng und die Dilatation der Aorta. Der Name Arteriosklerose ist vorläufig als der beste Sammelname für die verschiedenen Zustände beizubehalten. Die wesentlichen morphologischen Veränderungen bestehen in wechselnd gemischten Kombinationen von Degeneration nnd Hyperplasie, in erster Linie der Intima. Mechanische Schädigungen der Gefässwand (durch Stauungen und Wirbelbildungen des Blutstromes) spielen zweifellos die wesentlichste Rolle bei der Entstehung nnd Lokalisation der arteriosklerotischen Veränderungen. (H.)

Bnrwinkel (4) führt in seinem Vortrage folgendes aus: Von den allgemeinen Entstehungsursachen der Arteriosklerose sind zu nennen:

1. die Heredität,
2. unregelmässige Ernährung, die zu einer Blutverschlechterung, Plethora, führt,
3. Verdauungsstörungen,
4. Syphilis,
5. Quecksilber, Blei,
6. häufig sich wiederholende Blutverluste,
7. chronische Nephritis, Diabetes, Gicht, Fettsucht.

Die Therapie soll hauptsächlich der Plethora und damit dem erhöhten Druck im arteriellen System entgegen arbeiten.

1. Sie ist vorwiegend eine diätetische: Beschränkung des Fleischgenusses, dafür eine mehr lakto-vegetabile Diät. Sorge für ausgiebige und regelmässige Stuhlentleerung, Ausführung zweckmässiger Muskelbewegungen.

2. Hydriatische und balneotherapeutische Prozeduren.

3. Das wertvollste Hilfsmittel sowohl in der Prophylaxe wie in der Behandlung der Arteriosklerose ist der periodisch wiederholte Aderlass.

4. Von den Medikamenten sind Jod und Digitalis die Hauptmittel. (I.)

Fahr (6) demonstriert die Aorta eines 27jährigen Individuums, bei dessen Sektion sich ein mächtiges Aneurysma des Arcus aortae, sowie ein zweites kleineres dicht über der Durchtrittsstelle der Aorta durch das Zwerchfell fand.

Der Träger des Aneurysmas hatte vor 7 Jahren sich mit Lues infiziert, die zuletzt ³/₄ Jahre vor dem Tode des Patienten Erscheinungen gemacht hatte.

Fahr ist der Ansicht, dass man hier mit grosser Sicherheit die Lues als Ursache des Prozesses ansprechen darf. Einmal fehlen andere ätiologische Momente, dann zeigt die Aorta in sehr ausgesprochener Weise eine durch starke Mediaschrumpfung bedingte Fältelung und Runzelung der Innenfläche, und Vortragender glaubt, dass es sich bei Aorten, welche makroskopisch diese Veränderung zeigen, bei welchen also eine Mesoaortitis mit Bildung tief retrahierender Narben besteht, um Lues als Ursache handle. Mikroskopisch fanden sich in der Media spärliche Infiltrate, das Mediagewebe war vielfach durch kernarmes Bindegewebe mit homogenem Aussehen ersetzt; die Media stark geschrumpft. (I.)

Das Aneurysma, das Kronheimer (13) demonstrierte, erstreckte sich über Aorta ascendens nnd Arcus aortae. Es war ins Perikard rupturiert und hatte durch „Herztamponade“ den sofortigen Tod des 45jährigen Mannes bewirkt. Das Lumen des Aneurysma übertraf nur wenig das der normalen Aorta ascendens. Die mächtigen Wände von 6 cm Dicke enthielten Kalkplatten, die mehrere Millimeter dick waren, ausserdem weisse fibröse Massen, die eine Pulsation des Aneurysma verhinderten. Es war die Diagnose eines Mediastinaltumors gestellt worden. (Co.)

Hoffmann (11) berichtet in einer ausführlichen Arbeit über die „Venenerkrankungen“ im Verlauf der Sekundärperiode der Syphilis. Den bisher in der Literatur mitgeteilten 33 Fällen von einwandfreier Venenerkrankung im Sekundärstadium der Lues konnte Verf. noch sechs eigene hinzufügen. Er unterscheidet bei diesen relativ seltenen, frühluetischen Venenerkrankungen drei Gruppen:

1. strangförmige Phlebitis,
2. nodose Syphilide (oder Periphlebitis),
3. Erythema nodosum syphiliticum.

Die strangförmige Phlebitis befällt gewöhnlich die Venae saphenae, nur selten die subkutanen Armvenen und beschränkt sich zuweilen auf kurze Segmente dieser Venen, meist erstreckt sie sich aber über grössere Abschnitte. In der Regel entsteht sie ziemlich plötzlich ohne wesentliche Temperatursteigerung und zwar während des Eruptionsstadiums der Syphilis oder kurze Zeit später. In den meisten Fällen geht sie unter kombinierter Behandlung mit Quecksilber und Jodkali vollständig und schnell zurück. Eine Neigung der Erkrankung, auf die tieferen Venen überzugehen, besteht nicht. Ebensowenig sind bisher Embolien beobachtet worden. Dass die typische Phlebitis der subku-

tanen Venen lediglich durch das syphilitische Virus hervorgerufen wird, hält Verf. ans mehreren Gründen für erwiesen.

Histologisch fiudet sich bei der syphilitischen Phlebitis eine hedeutende Verdicknng der Wand welche hauptsächlich die Media und Intima betrifft. Die stärksten Entzündungserscheinnngen weist die innere Längsschicht der Media auf. Der Ausgangspunkt der Entzündung sind wahrscheinlich die feinen Schlingen der Vasa vasorum. Von hier breitet sich der Entzündungsprozess weiter aus, indem er entweder die aus groben Netzen zusammengefügte, Elastica interna durchhricht odern längs den aus den Nährgefässen sich sammelnden, direkt ins Lnmen mündenden kleinsten Venen sich fortsetzt und so schnell die Oherfläche erreicht. Hier entsteht alsdann im Anschluss an die Wandentzündnng eine zunächst lokale, aber bald üher kleinere oder grössere Ahschnitte des Gefässes sich ausdehnende, das Lumen ganz oder grösstenteils erfüllende Thrombose. Das histologische Bild zeichnet sich ferner durch das Vorhandensein sehr zahlreicher Riesenzellen aus, die meist in den peripheren Abschnitten der Thromben, selten anch in den innersten Schichten der Media liegen. (D.)

Marcns (14) berichtet über einen 24 jähr. Mann, der vier Monate nach der Infektion ausser anderen sekundär-syphilitischen Symptomen eine ansgebreitete Phlebitis an heiden Beinen und ausserdem nodöse Infiltrate nnd Hantblntungen an heiden Unterschenkeln hatte. Bei der mikroskopischen Untersnchung findet er die Intima hedentend verdickt, das Endothel mehrschichtig und unter demselhen starke Rnndzelleninfiltration. Die Media wies eine Hyperplasie der Muskulatnr und Vermehrung des Bindegewehes auf. In der Adventitia hatten alle Vasa vasornm verdickte Wandungen und starke Füllnng mit roten Blutkörperchen. Es handelt sich also um einen Entzündungsprozess, der hesonders die Intima ergriffen hat. Ätiologisch für die Phlebitis luetica der Vena saph. magn. wird die von anderen Autoren bereits angeführte körperliche Anstrengung hestätigt. Ferner weist er durch seine Präparate (wie schon vor ihm Hoffmann) nach, dass die nodösen Syphilide sich meistens an den Teilnngsstellen kutaner Venen entwickeln. Da er eine Vene mit Klappen in einem Schnitte traf und hier am hochgradigsten die pathologischen Veränderungen fand, liefert er einen Beweis für die bisherige Vermntung, nämlich dass in den „in den Klappenwülsten“ zahlreich vorkommenden Vasa vasorum der Prozess seinen Anfang nimmt. (F).

Der 42 jähr. Kranke ans Gonchers und Touchords (8) Praxis, der mit dem Zeichen eines verbreiteten papulösen Exanthems ins Spital kam, hekam kurz nach der Anfnahme im Verlauf der linken Vena saphena interna an der Innenfläche des linken Knies eine Entzündnng. Nach einigen Tagen trat auch Rötnng und Empfindlichkeit der rechten Vena saphena hinzu, nnd nach weiteren drei Tagen fand sich auch eine Phlebitis an der Vorderfläche des rechten Unterarmes in einer Ausdehnung von 3—4 cm. Sonstige Symptome fehlten. (V.)

Marcnse (15) stellte einen Fall von syphilitischer Phlebitis im Frühstadium an der Innenseite des linken Unterschenkels bei einer 28 jährigen Patientin vor. Nach Einleitung der Schmierknr erfolgte schnelle Rückbildnng. (D.)

Der nicht grossen Zahl von Fällen hämorrhagischer Syphilis, die in der Literatur niedergelegt sind, reiht Vörner (26) einen von ihm beobachteten neuen an: Es zeigte sich am rechten Arm eines sekundär

Syphilitischen eine ausgedehnte Sugillation, der bald darauf noch eine zweite am Unterarm folgte. Vörner nimmt an, dass es sich um Blutergüsse aus einer luetisch erkrankten Vene handelt. Drei Wochen später konnte man eine solche im Bereich der vorherigen Hämorrhagie als einen harten Strang palpieren. (H.)

Berghs (3) Material stammt aus dem Vestre-Hospital von den Jahren 1886—1903 und umfasst im ganzen 1260 Fälle von primärer Syphilis. Geschwollene Lymphgefässe an den Genitalien wurden nur sechsmal nachgewiesen; die labiale Lymphangitis kommt doch sicher weit häufiger vor, indem sie die wesentliche Grundlage des indurativen Ödems darstellt, welches 119 mal, d. h. bei mindestens 9,7 %, gesehen wurde. Bei den nicht häufigen Fällen (41) extragenitaler Infektion konnten solche geschwollenen Lymphgefässe nie palpiert werden. Vollständiger Mangel geschwollener Lymphdrüsen wurde bei sieben Individuen beobachtet. Die Häufigkeit des Vorkommens von Lymphdrüsengeschwülsten war sonst folgende: Inguinale Drüsen fanden sich bei ungefähr 100 %, cervikale bei über 83 %, submandibulare 42,8 %, axillare über 33,4 %, kubitale 15,6 %, mastoidale ca. 10 %, supraklavikulare 8,4 %, okzipitale mehr als 4,4 %, paramammare und submentale ca. 3 %, präaurikulare beinahe 1,2 % und poplitäale bei ca. 0,7 % (bei acht Frauen). Bei 15, i. e. 1,2 %, gingen die Drüsen in Suppuration über. (R.)

Asahi (2) beschreibt, ähnlich dem Befunde in grossen Gefässen bei Arteriosklerose, eine Kalkablagerung in den Wänden der Hautgefässe bei einem Falle von Lichen ruber acuminatus. Ausser den bei Lich. rub. acum. bekannten Veränderungen fand Verf. und zwar nur in dem Hautstück, das am Unterschenkel exstirpiert war, in den tieferen und tiefsten Hautschichten — im Niveau der Knäueldrüsen und in der Subcutis — die Arterien in hochgradiger Verkalkung. In die verdickte Intima waren an ihrer Grenze gegen die unveränderte Media Kalkplättchen eingelagert, und manchmal war die Intima von einem konzentrischen Kalkringe gänzlich umfasst.

An Hautstücken, die vom Oberschenkel und der Schulter stammten, fand sich erwähnte Veränderung nicht, so dass Verf. zu dem Schlusse kommt, dass die primäre Erkrankung (Lich. rub. acum.) zusammen mit den am Unterschenkel bestehenden ungünstigen Zirkulationsverhältnissen — abgesehen von einer noch denkbaren Disposition des Individuums — die Kalkablagerung herbeigeführt hat. (F.)

Philippson (18) stellt das Vorkommen von Phlebitiden der Haut fest bei tuberkulösen, syphilitischen und leprösen Affektionen der Haut; klinisch sind diese Phlebitiden als tief in der Haut sitzende entzündliche Knoten zu erkennen. (Über die Embolie und Metastasen in der Haut. Archiv für Dermat. und Syphil. Bd. 51, 1900.) Seitdem sind diese Untersuchungen teils bei denselben Krankheiten, teils bei anderen (Tuberkuliden, Erythema induratum, bei syphilitischem Erythema nodosum und nodösen Syphiliden) auch von anderen Autoren bestätigt worden.

Diskussion: Reiche warnt davor, den Begriff Erythema nodosum in so weitem Sinne wie der Vortragende zu gebrauchen.

Unna ist derselben Ansicht wie Reiche. (I.)

Zandy (32) demonstriert einen Patienten mit feinsten erweiterten Hautvenen, die vorn am Thorax etwa in Zwerchfellshöhe in Netzen angeordnet sind. Eine ausreichende Erklärung für diese bei Gesunden

und Kranken nicht so selten heobachtete Erscheinung ist nicht vorhanden.

Disknssion: Herr F. Schultze-Bonn ist der Meinung, dass diese häufig beobachtete Erscheinung deshalh so selten diskutiert werde, weil ihr keine praktisch-diagnostische Bedeutung zukomme.

Herr Rumpf-Bonn hat vereinzelt auch hei Frauen die Erweiterung der kleinen Gefässe heobachtet, bei Männern konnte er sie häufig Jahre hindurch beobachten.

Für viele Fälle pflichtet er der von Ad. Schmidt gegehenen Erklärung hei, dass vieles Sitzen und Arbeiten in vornühergehengter Haltung die Ursache sei. Als ein anderes ätiologisches Moment bezeichnet er den Alkohol. Er hahe häufig die Erweiterung der kleinsten Thoraxgefässe mit einer solchen der Unterschenkel komhiniert gefunden, und in diesen Fällen hahe es sich um Potatoren gehandelt.

Herr Koll-Barmen macht darauf aufmerksam, dass v. Noorden in seiner Pathologie nnd Therapie der Fettsncht angibt, dass die erwähnten Venenkränze sich besonders häufig hei jugendlichen Fettsüchtigen und ärmlichen Patienten finden und hier zuweilen mit dem ersten Auftreten von Atmungserscheinungen sich zeigen. Diese Beobachtung habe er auch gemacht. Er hat solche Gefässveränderungen nicht selten in der Umgebnng des siehenten Halswirbels, znweilen auch einseitig in den oberen Interkostalräumen gefunden. Er bringt sie in Zusammenhang mit schleichenden Veränderungen an der Pleura oder Lunge.

(Co.)

XLIII.

Lues und Krankheiten des Blutes und der Blutdrüsen, sowie Grenzgebiete nach der Dermatologie hin.

Bearbeitet von **Karl Meyer**-Berlin (in Vertretung von **Grawitz**-Charlottenburg), mit Beiträgen von **Churchman**-Baltimore, **Selenew**-Charkow, **Verrotti**-Neapel (im Auftrage von **De Amicis**-Neapel) und **Vörner**-Leipzig.

Literatur:

1. Bettmann, Fall, der das Bild einer Lymphosarkematose (Abdominaltnmer, Kneten in einer Mamma nnd mnltiple in der Hant) darbot, nnd bei dem nnter Rontgenbehandlung die Tnmeren zurückgingen, während eine lymphatische Lenkämie manifest wurde. Naturhistor.-med. Ver. Heidelbg. 14. XI. (Diskuss.: Schwalbe, Sack, Leber.)
2. Derselbe, 2 Fälle multipler Hautsarkematose. Naturhistor.-med. Verein in Heidelberg. 14. XI.
3. Bracci, C., Sopra un case di diplococcemia post-impetiginosa. Clinica mederna, 14. Jnni.
4. Bronson, E. B., A Case of Hodgkins disease with peculiar eruption. Jeurnal of cntaneous Diseases. Bd. XXIII. S. 87.
5. Buschke, Fall von tumorartiger Schwellung an beiden Schläfen und chronisch verlaufendem Geschwür an der Innenfläche der Wange, wohl infolge Leukämie. Berl. med. Ges., 5. VII.

6. Ehrmann, S., Fall von luetischen Drüsentumoren. Verhandl. der Wiener der Gmatol.es., 8. II.
7. Derselbe, Fall von syphilitischem Drüesntumor des Retroperitonealraumes. Ges. der Ärzte in Wien, 3. II.
8. Gaeemann, A., Les bubons ramollis idiopathiques de la syphilis récente. Rev. méd. de la Suisse rom., Dezember.
9. Gaus, Über Beziehungen der Blutarmut zu den Störungen im Genitalapparat. 77. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte, Abt. f. innere Med.
9a. Hanck, Leo, Über das Verhalten der Leukocyten im II. Stadium der Syphilis vor und nach Einleitung der Quecksilbertherapie. Hab.-Schr. Erlangen.
10. Heiberg, P., Et tilfaelde af myxoedem kompliceret med et bullöst hududslet. Ugeskrift for Laeger, 27. April.
11. Kimla, Kongenitale latente Hypoplasien der drüsigen Organe bei der kongenitalen Syphilis. Wien. med. Wochenschr. Nr. 31 ff.
12. Kireiew, M., Über die Alkaleszenz des Blutes bei akuten exanthematischen Infektionskrankheiten. Zentr.-Bl. f. inn. Med., 13. Mai.
13. Lenoble, Le syndrome syphilitique pseudo-leucémique chez l'enfant. Soc. de biol., 20. Mai.
14. Lipschütz, B., Beitrag zur Pathogenese der venerischen Bubonen. Arch. f. Dermat. u. Syphilis. Bd. 77. S. 199.
15. Meyer, Karl, Die klinische Bedeutung der Eosinophilie. Berlin, Verlag S. Karger.
16. Paessler, Fall von luetischer Affektion der Submaxillardrüsen. Mediz. Ges. zu Leipzig, 31. I.
16a. Polagatti, Altération de la moelle osseuse dans un cas de pemphigus. Journ. des mal. cut. et syph. S. 86.
17. Pergola, M., Ricerche sul potere emolitico del siero di sangue dei sifilitici dopo la cura e sulla resistenza delle loro emazie e sieri eterogenei. Gazz. degli osped., 10. Dezember.
18. Smiringin, M. G., Über einen Fall von Pseudoleukämie auf syphilitischem Boden. Russisches Journal der Haut- und venerischen Krankheiten. T. X. November.
19. Stadler, Ed., Über Beeinflussung von Blutkrankheiten durch das Erysipel. Med. Ges zu Leipzig, 7. XI. (Diskuss.: Lustig.)
20. Stern, Karl, Untersuchungen zur Pathogenese der Anämie und zur Funktionsprüfung der Leber bei Syphilitikern. Deutsche med. Wochenschr. S. 1104.
21. Swart, G., Vier Fälle von pathologischer Blutbildung bei Kindern (Bantische Krankheit? Syphilis?) Virchows Archiv. Band 182. Heft 3.
22. Trimbach, Robert, Über die Veränderungen des Blutes bei Syphilis in behandeltem und unbehandeltem Zustande. Diss. Strassburg, Perrotin und Schmidt.
23. Verrotti, G., Lymphadenopathia multiplex infolge nicht erkannter Syphilis, lymphatische Pseudoleukämie vortäuschend. Giorn. internaz. delle scienze med. Nr. 12.
24. Wechselmann, Fall von Morbus Addisonii infolge Tuberkulose, bei welchem zu Lebzeiten als Ätiologie Lues mit in Frage kam. Verhandl. der Berliner dermatol. Ges., 20. VI. (Disk.: Heller).

An der Hand von 66 älteren Arbeiten hat Trimbach (22) die Veränderungen des Blutes bei behandelter und bei unbehandelter Syphilis zusammengestellt. Danach erzeugt das Syphilisvirus vor allem eine Oligochromämie und Oligocythämie, ferner Veränderungen der roten Blutkörperchen in bezug auf Grösse, Farbe und Gestalt und ihre Widerstandsfähigkeit. Oft besteht Leukozytose lymphatischer Art, bei papulösem und squamösem Exanthem auch häufig Eosinophilie. Die Alkaleszenz des Blutes und das spezifische Gewicht ist oft vermindert. Alle diese Blutveränderungen aber werden durch erfolgreiche spezifische Behandlung gebessert und können also gewissermassen als Massstab für die Heilung der Krankheit benutzt werden. (M.)

Im Gegensatz hierzu glaubt Stern (20) die Anämie bei Luetikern im wesentlichen auf psychische Irritationen zurückführen zu müssen, da er bei sonst kräftigen und gesunden Arbeitern mit Syphilis keine

erheblichen Veränderungen des Blutes gefunden hat. Er hält dies besonders in bezug auf die therapeutischen Aussichten für günstig. (M.)

Ähnlich sprach sich Gauss (9) aus, indem er allgemein darauf hinwies, dass Erkrankungen der Genitalien durch ihren schädigenden Einfluss auf Psyche, Blutzirkulation und Verdauung eine Blutarmut zu erzeugen imstande seien. (M.)

Auch Ehrmann (6) stellte z. B. einen Patienten mit luetischen Drüsentumoren vor, dessen Blut sogar 6400000 Erythrozyten, 7200 Leukozyten und sonst keine mikroskopischen Abnormitäten aufwies. (M.)

Eosinophilie findet sich im Blute nach Meyers (15) Zusammenstellungen im ersten Stadium der Lues nur ausnahmsweise, im Stadium der Effloreszenzen fast regelmässig, während im dritten Stadium Blutveränderungen in dieser Beziehung fehlen. (M.)

Über die Veränderungen der drüsigen Organe bei kongenitaler Syphilis hat Kimla (11) eine umfangreiche Studie an der Hand von 72 Sektionsprotokollen veröffentlicht. Die Milz wurde dabei 14 mal untersucht und meist hyperämisch, die Bluträume erweitert, die Follikel hyperplastisch gefunden. Die Thymus wurde in fünf, die Nebennieren in vier Fällen untersucht. Für Milz und Thymus (für die Nebennieren war das Material nicht ausreichend) gilt, was Kimla auch als Regel für die übrigen drüsigen Organe anfstellt: Die kongenitale Syphilis ist mit einer latenten Hypoplasie, einer Hemmung in der Entwickelung des Parenchyms, verbunden, bei gleichzeitiger Vermehrung des Mesenchyms, das dabei bezüglich seiner Zusammensetzung auf einer Entwickelungsstufe verharrt, welche mit der allgemeinen Entwickelung und dem Alter des Individuums nicht in Einklang steht. — Auch Swart (21) hat bei vier Kindern (ein Neugeborenes und drei im Alter von 1—2 Jahren) die drüsigen Organe, namentlich Milz und Nieren, in einem Zustande gefunden, wie er sich sonst nur in der fötalen Periode darbietet. Er hält diese Veränderungen, wie sie ähnlich als charakteristisch für Bantische Krankheit beschrieben sind, für den Ausdruck einer „übertriebenen hämatopoëtischen Funktion“, wie sie seiner Meinung nach das syphilitische Virus zu erzeugen imstande ist. Darum hat er auch bei den genannten vier Fällen trotz des Fehlens weiterer Anzeichen den Verdacht auf Syphilis nicht zurückgewiesen und die Frage „Bantische Krankheit oder Syphilis?“ offen gelassen. (M.)

Eine genaue historische Darstellung von der Lehre der Pathogenese der venerischen Bubonen gibt Lipschütz (14) mit besonderer Berücksichtigung der Lehre von der Bedeutung des Ducreyschen Bacillus. An der Hand von eigenen Versuchen mit Hilfe der kulturellen Methode und zahlreicher Impfversuche (34 Fälle) kommt er alsdann dazu, den venerischen Bubonen eine einheitliche Ätiologie zuzuschreiben, und empfiehlt die Einteilung in bazilläre und sterile Bubonen. (M.)

Kasuistisches Interesse hat endlich ein Patient von Ehrmann (7). Dieser wies neben papulösem Syphilid, Sarkocele und faustgrossen Drüsenschwellungen in der Supraklavikulargegend einen fast mannskopfgrossen, mit der Wirbelsäule verwachsenen Tumor des Retroperitonealraumes auf, den Ehrmann als syphilitisches Lymphom ansprach. (M.)

Smiriagin (18) berichtet über einen Fall von Pseudoleukämie bei einem Syphilitiker mit bedeutender Geschwulst der Halsdrüsen. Die syphilitische Infektion geschah vor sechs Jahren. Menge des Hämoglobins 76%, roter Blutkörperchen 4820000, weisser Blutkörperchen

8240. Kleine Lymphozyten 2,5, grosse Lymphozyten 4, einkernige Leukozyten 10,0, mehrkernige 4,5, polymorphe 32,0, eosinophile 11,0. Die spezifische Behandlung bewirkte eine Verminderung der Drüsen und Verbesserung des Blutes. (H. 82%; rote Blutkörperchen 5420000, weisse Blutkörperchen 9100; Mikrozyten 14%, eosinophile 8%.) (S.)

Bei einer Dame aus Verrottis (23) Praxis handelte es sich um einen Fall von multiplen Lymphomen, die sich in der Snbmaxillargegend entwickelten und sich zu beiden Seiten des Halses ausbreiteten, ferner in der Supra- nnd Infraklavikulargegend, im Sulcus bicipitalis internus, in der Regio epitrochlearis nnd in der Leistengegend.

Die ansschliessliche Beschränkung der Affektion auf den lymphatischen Drüsenapparat, ihre weitere Ausbreitung nach Art der pseudolenkämischen Lymphome, die progredient neuro-musknläre Schwäche, die mit dem Fortschreiten der hypertrophischen Drüsenschwellungen Hand in Hand ging, der Fiebertypus, der wegen seiner Irregularität und seiner Rezidive an das Fieber der Pseudolenkämie erinnerte, die Blutanalyse mit ihrer Vermehrung der mononukleären Leukozyten (25%), schliesslich das Fehlen jeglicher anamnestischer Anhaltspnnkte oder eines auf konstitutionelle Syphilis hindeutenden objektiven Befnndes, führten zur Diagnose lymphatischer Pseudoleukämie.

Metarsyl-Injektionen (Bonty) verkleinerten die Lymphome. Nach der 17. Injektion erschien eine Iritis, die schnell nach wenigen Snblimateinspritznngen abheilte. Nach Hydrargyrum trijodatnm-Injektionen verschwanden die Lymphome vollständig.

Verf. glaubt, dass es sich um eine frische syphilitische Infektion mit auffälligen Drüsenhypertrophien gehandelt habe, und dass der Primäraffekt vielleicht unbeachtet in der Mundhöhle, infolge zufälliger Infektion, gesessen habe. (Ve.)

Die Hodgkinsche Krankheit war bei dem Patienten Bronsons (4) mit Röntgenstrahlen behandelt worden, worauf die Drüsenerweiterung verschwunden war. Die Erweiterung hingegen erschien wieder und wenig später trat eine Eruption ähnlich wie Ekzema seborrhoicum, am Körper und den Extremitäten auf. Sie bestand aus ungefähr einem Dutzend dunkelroter, nicht entzündlicher Flecken, 5—15 cm im Durchmesser, von denen viele mit anhängenden Schuppen bedeckt waren. Jucken nnd Infiltration des Coriums. Allgemeinbefinden gut. Keine Leukozytose nnd keine erkennbare Vergrösserung von Leber und Milz. (Ch.)

Bei einem 60jährigen, an Pemphigus verstorbenen Manne, fand Pelagatti (16a) einen Bluthefund von 2300000 roten und 12500 weissen Blutkörpern; nnter letzteren bestand folgendes Verhältnis: Lymphocyten 2, grosskernige Leukocyten mit homogenem Protoplasma 14, Myelocyten 4, grosskernige Wanderzellen 18, vielkernige, neutrophile 61, eosinophile 1.

Die Sektion ergab eine abnorme Festigkeit des Knochenmarks, welches mikroskopisch durch einen reichen Gehalt an mononukleären Zellen sich auszeichnete, 75 unter 100 weissen Zellen. Im übrigen war der Anteil eosinophiler Zellen 12, Lymphocyten 7, basophile oder neutrophile 6. (Vö.)

XLIV.

Lues der Lippen, der Mundhöhle, des Rachens, der Nase, sowie Grenzgebiete dieser Teile nach der Dermatologie hin — ausschliesslich Tuberkulose.

Bearbeitet von **Lieven**-Aachen, mit Beiträgen von **Rusch**-Innsbruck, **Selenew**-Charkow, **Szenes**-Budapest, **Toeplitz**-New York, **Vörner**-Leipzig und **Ch. J. White**-Boston.

Literatur:

1. Akerman, J., Ein Fall von Parotitis luetica. Demonstration in der Gesellschaft der Schwedischen Ärzte zu Stockholm.
2. Alexander, Über Angina Vincenti und Differentialdiagnose derselben gegenüber Lues (Diskuss.: Schoetz, B. Fränkel, Sturmann). Laryngol. Ges. 2. VI.
3. Anthony, Fall von Nasenschanker. Journ. of cutan. dis. April. S. 183.
4. Berkeley, W. N., Der gegenwärtige klinische und bakteriologische Stand der Vincentschen Angina Medical News. 27. Mai. S. 976.
5. Bouveyron, A., Le lactate mercurique sous forme de pastilles comme traitement à la fois local et général des syphilides bucco-linguales. Sem. méd. S. 30.
6. Buday, Koloman, Zur Pathogenese der gangränösen Mund- und Rachenentzündungen. Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allgem. Pathol. Bd. 38. S. 255.

6a. Derselbe, Szövettani és bakteriologiai vizsgálatok üszkös száj-és garatgyuladásoknál. (Histologische und bakteriologische Untersuchungen bei gangränösen Erkrankungen des Mundes und des Rachens.) Orvosi Hetilap. Nr. 1—6.

7. Buschke, Präparate eines ungewöhnlich schweren letalen Falles von Syphilis. (Ausgedehnter Zerfall des Pharynx und Larynx). Berl. med. Ges. 22. II.
8. Derselbe, Syphilitisches oder tuberkulöses Geschwür der Wangenschleimhaut. (Diskussion von Heller, Rosenthal.) Verhandl. der Berliner Dermatol. Ges. 14. III.
9. Csriveno, R., Chancre syphilitique de la langue; statistique et pourcentage. Thèse de Paris.
10. Chamba, P, Epidémie de desquamation linguale associée à la perlèche. Thèse de Lyon.
11. de Champsaux, P., Gomme de l'amygdale linguale. Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 20. Mai.
12. David, M. Ch., Schanker der unteren Nasenmuschel. Lymphangitis erysipelatodes der Wange. La Syphilis. Band III. Februar.

12a. Eisen, Paul, Zur Kenntnis der Natur der Stomatitis und Angina ulceromembranacea. Diss. Heidelberg.

12b. Falta, Marzell, Azorr és a női nemi szervek között levő összefüggésről. (Über den Zusammenhang zwischen Nase und weiblichen Genitalien.) Gzogyászat. Nr. 44.

13. Filarétopoulo, G., Contribution à l'étude des leucoplasies buccales et de leur traitement. (Beitrag zum Studium der Leucoplasia buccalis und ihrer Behandlung.) Journ. des mal. cut. et syph. S. 81.
14. Finger, Fall von gummösem Geschwür an der Ober- und Unterlippe und gummöser Infiltration des weichen Gaumens. Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 22. II.
15. Friedländer, Fall von Primäraffekt der Oberlippe ohne Induration. Verhandl. der Berliner Dermatol. Ges. 9. V.

15a. Glück, Edmund, Syphilis sulyos esete. (Ein schwerer Fall von Syphilis.) Jahrbch. der Ärztegesellsch. der Kommunalspitäler zu Budapest, S. 100.

16. Harland, W. G. B., Papillom bei einem syphilitischen Kinde, beide Nasenhälften verschliessend.. American Medicine. 1. April.

16a. Havas, Adolf, Pemphigus vegetans. Jahrb. der Ärztegesellsch. der Kommunalspitäler zu Budapest, S. 133.

17. Helbing, Demonstration eines Hirschmannschen Nasenrachenendoskops. Nürnberg. med. Ges. u. Polikl. 16. II.
18. Heller, Patientin mit Sattelnase, bei der nach Paraffininjektion Nekrose der Haut entstanden war. Berliner Dermatol. Ges. Sitzung vom 9. V.
19. Hurd, L. M., Mykose des Halses mit X-Strahlen behandelt. Ann. of Otol., Rhinol. end Laryngol. März. S. 32.
20. Joannovich, Un cae de chancre de l'amygdale. Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, da nez et du pharynx. März.
21. Kaiser, Misslangene Paraffinplastik. Breslaaer Dermatol. Vereinigung. Sitzung vom 6. Juni.
22. Kogan, E., Beitrag zur Diagnostik der Eruptionen in der Mundhöhle. Voienno med. Journ. Oktober, November und Dezember.
23. Kolopinski, L., Die Behandlung der chronischen Nasenkatarrhe mit Schwefel. Medical News. 12. August. S. 293.
24. Loto, L., La simbiosi eifilido-tubercolare del naso. Riforma med. 21. Oktober.
25. Lieven, Fall von Arrosion der Arteria vertebralis durch ein Rachengeschwür bei Lues maligne. Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte. 26. Nov. in Köln.
26. Logan, James E., Syphilis of the nose and accessory sinuses. (Syphilis der Nase und der Nebenhöhlen.) Verhandlangen der Amerikanischen Laryngologischen, Rhinologischen und Otologischen Gesellschaft. Boston. 5., 6. u. 7. Juni.
27. Lubet-Barbon, Signes et diagnostic de la syphilis tertiaire du nez. Rev. hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 16. Dezember.
28. Mac Coy, A. W., Mit Arzneien versehene Salben in der Nase. The Laryngoscope. Februar.
29. Mulherbe, H., Granulosis rubra nasi. Joarn. des mal. cut. et syphil. Heft 2. S. 96.
30. Derselbe, Ulcération de Vincent et chancre syphilitique; difficulté da diagnostic. Gaz. méd. de Nantes. 2. Dezember.
30a. Máthé, Gabriel, A torok-garatür nyálkahártyáján és a bőrön mutatkozó erythemás megbetegedések közti összefüggésről. (Über den Zusammenhang zwischen den erythematösen Erkrankungen der Rachenhöhlenschleimhaut und der Oberhaut [Epidermis]). Beilage Nr. 3 von Badapesti Orvosi Ujság, Nr. 32.
31. Mewborn, Lichen planus der Mundschleimhaut ohne Hautläsionen. Journ. of cutan. diseases. April. S. 176.
32. Montgomery, Staphylococcic infection of the tonsil simulating a chancre. Journ. of cutan dis. Mai.
32a. Morelli, Karl, Über einen Schleimhautpolypen der Nase und der Choanen von seltener Grösse. Pester medizinisch-chirurgische Presse. Nr. 15.
32b. Moskovitz, Ignaz, A késői syphilis nyilvánulása a felső légutak mentén és annak gyógykezelése. — Die Erscheinungen der Spätsyphilis in den oberen Luftwegen and deren Behandlung. — Orvosok Lapja, Nr. 38 u. 39.
33. Neuenborn, Fall von luetisch bedingten Verwachsungen des weichen Gaumens der beiden hinteren Gaumenbögen mit der hinteren Rachenwand und der Epiglottis. Vereinigg. westdeutsch. Hals- u. Ohrenärzte. (Disknss.: Röpke, Reinhard.)
34. Payenneville, J., Langue scrotale en série familiale. Ann. de dermat. et de syphil. 4. Série. Tome VI. S. 141.
35. Popiesow, J., Ulcus induratum der Mandeldrüse Protokolle der Charkower Dermatologischen und venerologischen Gesellschaft, Sitzang am 29. März.
36. Rocaz, Ch. et Lenret, E., Accidents laryngés consécutifs à la stomatite impétigineuse. Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux. 10. Dezember.
37. Rodier, H., Chancre syphilitique nécrogène de la lèvre supérieure avec élimination d'un gros sequestre maxillaire. (Ulcus durum der Oberlippe mit Sequesterbildung im Oberkiefer.) Journ. des mal. cut. et syphil. Heft 6. S. 401.
38. Róna, S., Zur Ätiologie und Pathogenese der Plant-Vincentschen Angina, der Stomakace, der Stomatitis gangraenosa idiopathica, bezw. der Noma, der Stomatitis mercurialis gangraenosa and der Lungengangrän Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd 74, S. 171.
38a. Rosenák, Maximilian und Feldmann, Makroglossia, lingua lobata cum cystis mucosis multilocularibus. Gyógyászat. Nr. 5, 6 u. 7.
39. Sachs, Fall von gummösem Geschwüre an Ober- und Unterlippe sowie einer gummösen Infiltration des weichen Gaumens. Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 8. II.

40. Schourp, Ein Fall von idiopathischen Schleimhautgeschwüren der Zunge. Dermatol. Centralbl. S. 358.
41. S:nexon, Justns, Nasenznstände von den Geschlechtsorganen abhängig. Meo'cal News. 6. Mai. S. 825.
42 Somers, L. S., Xerostoma. Journ. of Amer. med. Scienc. September. S. 452.
43. Sorrentino, Goffredo, Über das umschriebene Lymphangiom der Zunge. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 76. S. 261.
44. Specht, Znerst als Primäraffekt angesehenes Lippenkarzinom bei 32jähriger Frau. Breslauer dermat. Verein. 6. VI.
45. Tester et Malherbe, H., Syphilis hucco-pharyngée. Chancres multiples. Syphilis hucco-pharyngealis. (Mehrfache nnd nacheinander anftretende Schanker.) Journ. des mal. cnt. et syph. S. 496.
45a. Tóvölgyi, Elemér, Beiderseitiges Stirnhöhlenempyem auf luetischer Grundlage. Sitzungsber. der rhino-laryngol. Sekt. der kgl. Ges. der Ärzte in Bndapest, 15. X.
46. Trapenard, R., Rapports de la leucoplasie huccale avec la syphilis. Thèse de Paris.
47. Turner Vaughan, Paul. Syphilitic manifestations in tho nose and pharynx. (Erscheinungen der Syphilis in Nase und Rachen.) Lancet Clinic. 7. Oktober.
47a. Vallentin, Ernst, Ein Fall von totalem Nasenrachenverschluss durch Lues maligna. Diss. Leipzig.
47b. Vladár, Martin Ladislans, Diphtheriának tekintsük-e a rhinitis fibrinosát? (Sollen wir die Rhinitis fibrinosa als Diphtherie hetrachten?) Osvosi Hetilap. Nr. 16.
48. Williams, Charles Mallory, Four cases of chancre of the lip. Med. Record. Vol. 67. S. 290.
49. Wolff, Fall von Primäraffekt an der Lippe. Wissenschaftl. Verein der Ärzte zu Stettin. 4. IV.

Die Kasnistik der Initialsklerosen in der Nase ist nm einen Fall von M. Cb. David (12) vermehrt worden. Der Fall ist dadurch bemerkenswert, dass das Ulcus an der linken nnteren Muscbel lokalisiert war, während alle Beobachtungen bisher sich auf Primäraffekte am knorpeligen Septum erstreckten. Das Geschwür hatte, wie Referent schon vor Jahren es als die Regel bezeichnet hat, Neigung zu lebhafter Neubildnng von spezifischem Gewehe. (L.)

In einem Vortrag über Sypbilis der oberen Luftwege, gehalten vor der amerikaniscben laryngologischen, rhinologischen nnd otologiscben Gesellschaft bat James E. Logan (26) erneut auf die Lokalisation das Ulcns durum in der Nase am Septum cartilagineum als die fast regelmässig beobachtete hingewiesen. (L.)

Eine jnnge Patientin Anthonys (3) hatte ein oberflächliches Geschwür auf der linken Nasenseite, von einem harten Rand indurierter Hant umgehen, 2 ccm im Durchmesser, ovale Pakete von Halsdrüsen. Ansteckung vom Geliebten. (T.)

Glück (15a) hespricht den Fall einer Taglöhnerin, 46 Jahre alt. Erkranknng vor fünf Jahren mit heftigen Kopfscbmerzen und Rachenbeschwerden. Vor drei Jahren bildete sich eine kleine Blase an der rechten Seite der Oberlippe, unterbalb des Naseneingangs; nach wenigen Tagen Exulzeration der erkrankten Stelle; der Ulzerationsprozess verbreitete sich anf die Nase, und innerhalh eines Jahres erfolgte eine vollkommene Destruktion des knöchernen und knorpeligen Gerüstes derselhen; ähnliche Zerstörungen stellten sicb ein an der Stirne, Gesicht, den Lippen und unterhalb des Kiefers. Status praesens: Die Haut des ganzen Gesichtes, der Stirne und der Augenlider ist vernarbt; an Stelle der Nase siebt man eine klaffende Höhle; durch dieselhe können Mundböhle und Rachen deutlich besichtigt werden; teilweise fehlt die nntere und obere Lippe, die Zähne stehen frei. Der Fall hietet Interessantes

als Beweis, dass tertiäre Erscheinnngen besonders bei solchen Individuen sich einstellen, die mit Hydrargyrnm überhaupt nicht oder nur spärlich behandelt wurden. Pat. wurde nicht antiluëtisch behandelt; es ist traurig, dass solch schwere Fälle noch immer vorkommen. (Sz.)

Ein achtjähriger farbiger Knabe, den Harland (16) behandelte, hatte weiche Geschwulstmassen aus beiden Nasenhälften heraushängen, mit dünnem schleimig eiterigem Ausfluss, die nach Behandlung mit Quecksilber und Kali jodatum verschwanden; dann zeigte sich eine grosse Perforation des Septums. (T.)

Wie in allen älteren Statistiken stehen auch im verflossenen Jahre die Lippenschanker rücksichtlich der Zahl der Mitteilungen unter allen Extragenitalsklerosen an erster Stelle. Dass trotz der anwachsenden Literatur über diese Lokalisation des Primäraffektes die Vorstellung solcher Fälle in syphilidologischen Gesellschaften und eigentlich noch mehr in Vereinigungen der allgemeinen Praktiker angezeigt ist, lehren manche der nachstehend referierten Fälle. Der Wert zahlreicher Vorstellnngen besteht darin, dass das äusserst vielseitige klinische Bild des Lippenschankers weiteren Kreisen geläufig und die landläufige Ansicht verdrängt wird, dass Extragenitalschanker so aussehen, wie die genitalen Sklerosen. So demonstrierte Friedländer (15) einen Patienten mit einem Lippenschanker ohne Induration, ein Vorkommnis, das immer seltener beobachtet wird, seit man in allen verdächtigen Fällen auf die „Induration lamelleuse" (Fournier) zu fahnden sich gewöhnt hat, eine Form der Härte, die sich allerdings leicht dem Nachweis entzieht. Weitere Fälle, deren klinische Beschreibung in den Sitzungsberichten leider sehr dürftig ist, wurden von Scherber, Gancher, Wolff (49) und Delaunay ihren engeren Fachgenossen vorgestellt. Delaunay sah im Verlauf eines harten Schankers der Unterlippe eine „Lymphangitis nodularis intralabialis" entstehen, gewiss eine seltene Beobachtung. Wie berechtigt übrigens die Forderung ist, der Klinik der Lippensklerosen besondere Aufmerksamkeit zu schenken, zeigt ein von Specht (44) beobachteter Fall.

Ein Lippentumor bei einer 32jährigen Frau wurde znnächst als Ulcus durum angesehen, bis nach drei Monaten die mikroskopische Untersuchung den karzinomatösen Charakter der Neubildnng ergab. (L.)

Bei einer Patientin Rodiers (37) entstand am Frenulum der Oberlippe ein Ulcus dnrum. An dieser Stelle bildete sich im Oberkiefer ein Sequester, nach dessen Entfernung ein zur linken Nasenhöhle führendes Loch, dnrch welches man den Daumen stecken konnte. (V.)

Im ersten Falle von Williams (48), bei einem 20jährigen Mädchen, war die Infektion zufällig, die Initialläsion auf der Oberlippe, eine Plaque mnqueuse auf der Unterlippe. In den drei anderen Fällen, Männer zwischen 29 und 36 Jahren, bestand der Infektionsmodns im Küssen, obgleich im dritten und vierten Falle eine Pfeife der Ansteckungsträger gewesen sein kann. Im letzten Falle hatte der Schanker nnerkannt sechs Monate gedauert. (T.)

Die Folgezustände gummöser Prozesse in den oberen Luftwegen waren Gegenstand mehrerer Publikationen resp. Demonstrationen. So empfiehlt Paul Turner Vaughan (47) in einer Arbeit über die syphilitischen Erscheinnngen in Nase und Pharynx, welche sonst nichts Neues

bringt, mit Recht, Eingriffe zur Entfernung nekrotischer Knochen aus der Nase erst dann vorzunehmen, wenn die zunächst verordneten Spezifika ihre Wirknng entfaltet hätten. (L.)

Knrzgefasste, für den praktischen Arzt bestimmte Registrierung der verschiedenen Lokalisationen von tertiären Erscheinnngen durch Moskovitz (32 b): In der Nase, am knöchernen Teil des Septnm, am häufigsten an der Übergangsstelle des knorpeligen Septumteiles zu dem knöchernen Anteil, wo die anfangs sichtbaren Erosionen später miteinander vereint, oft ohne Schmerzen, cin Ulcns zustande bringen; die von heftigen Schmerzen begleiteten Gummen gehen nur zn oft mit quälenden Kopfschmerzen einher. Auffallend bleibt dcr Widerstand von seiten der Nasenmnscheln, die selbst bei total zerstörtem Septnm und Siebbein unversehrt bleibcn. Die noch häufiger — als in der Nase — vorkommenden tertiären Erscheinungen in der Mundhöhle lokalisieren sich mit Vorliebe an den Rachenbögen. Sowohl die selteneren gummösen als die häufigeren ulzerösen Veränderungen der Znnge, vorwiegend bei Männern, haben nur zu oft, bci übermässigem Genuss von Alkohol oder Nikotin, hierin eine wesentliche Gelegenheitsursache; die an den Zungenrändern häufig gefundenen Veränderungen hingegen müssen, bezüglich ihrer Entstehung, mit den traumatischen Insnlten von seiten kariöser Zähne in Zusammenhang kommen. Die ebenso häufigen Erscheinungen der Spätsyphilis im Larynx, in überwiegender Zahl auf die Epiglottis lokalisiert, finden ebenfalls in traumatischen Einflüssen ihre Begründnng, da an anderen Partien laryngeale Affektionen bei Spätsyphilis, erheblich seltener auftreten. Vom therapeutischen Standpnnkte wird Jod bevorzugt, dem Quecksilber gegenüber, denn letzteres führt nur zu oft zur Verschlimmerung des Zustandes, oder zum mindesten nimmt der Krankheitsverlauf, infolge Quecksilber-Behandlung, einen torpiden Charakter an. (Sz.)

Nenenborn (33) demonstrierte den westdentschen Hals- und Ohrenärzten einen Fall kompletter Verwachsung des Gaumensegels mit der hinteren Rachenwand nebst Fixation der Epiglottis am Zungenrande. Es handelte sich um hereditäre Syphilis (L.)

Ein 17 jähriger junger Mensch aus Testers und Malherbes (45) Praxis kam mit anf beiden Tonsillen sitzender Sklerose, der sich später eine solche auf der Schleimhaut der Oberlippen anschloss, in Behandlung. Der reichliche Nachweis von Vinzentschen Bazillen im Sekret der ulzerierenden Tonsillen ist nach den Verfassern ein zufälliger Befnnd. (V.)

Bei 26 jährigem Manne aus Popissows (35) Praxis bestand ein syphilitischer Primäraffekt der linken Mandeldrüse. Wahrscheinliche Ansteckungsart — das Küssen. Ein papulopustulöses Syphilid hielten die Ärzte für ein Intoxikationserythem. Der Kranke war sehr geschwächt. Spezifische Behandlung (Injektionen von Hydrargyrum bibromatum) verbesserte schnell die Ernährung des Kranken. (Se.)

Dass die Korrektnr der syphilitischen Sattelnase durch Paraffininjektion manchmal recht unangenehme Zufälle nach sich ziehen kann, auch wenn sie von berufenster Seite ausgeführt wird, zeigen die Beobachtungen von Heller (18) und Kaiser (21). Ersterer erlebte bei einer hereditär-luetischen Kranken eine nnangenehme Nekrose der Haut über der infiltrierten Partie, während Kaiser im Anschluss an ein Gesichtserysipel Wanderung des injizierten Paraffins nach den den Augen benachbarten Teilen des Gesichtes beobachtete. (L.)

Präparate von einem an maligner Lues zugrunde gegangenen Kranken konnte A. Buschke (7) der Berliner medizinischen Gesellschaft demonstrieren. Die Zerstörungen in den oberen Luftwegen erstreckten sich von dem eingeschmolzenen weichen Gaumen resp. vom Zungenrande nach abwärts his in die Trachea hinein. Lieven (25) beobachtete einen ähnlichen Fall, welcher infolge Arrosion der Arteria vertebralis letal verlief. Das für Lues maligna charakteristische Fehlen der Toleranz für Spezifika, sowohl für Hg wie Jod wurde auch in diesen beiden Beobachtungen registriert. (L.)

Die gelegentlichen Schwierigkeiten der Diagnose ulzeröser Prozesse auf der Schleimhaut zeigt der von Buschke (8) der Berliner dermatologischen Gesellschaft vorgestellte Fall einer unklaren ausgedehnten Ulzeration der linken Wangenschleimhaut; die Diagnose schwankte zwischen Syphilis und Tuberkulose. (L.)

Die seltene Beobachtung Montgomerys (32) beweist, wie nötig auch bei Tonsillarerkrankung eine sorgfältige Diagnose ist, um Fehler in der Behandlung zu vermeiden. (W.)

Die 53 Jahre alte Taglöhnerin aus Tövölgyis (45a) Beobachtung akquirierte vor zwei Jahren typische Lues. Seit dieser Zeit erfolgten mehrmalige Extraktionen von Sequestern aus der Nase, wodurch dieselbe zur Sattelnase eingesunken war. Nach Entfernung der die Nase ausfüllenden eingetrockneten fötorösen Borken erblickte man einen ausgebreiteten Defekt am Septum; zum Teil fehlen auch die mittleren Nasenmuscheln. Im mittleren Nasengange befindet sich beiderseits viel fötoröser Eiter; der Stirnnasenhöhlengang linkerseits ist erweitert und leicht sondierbar; rechterseits muss der vordere Anteil der mittleren Nasenmuschel abgetragen werden. Bei starkem Schnauben, besonders des Morgens, erfolgt eine Anschwellung der Stirngegend, oberhalb der Nasenwurzel; bei Druck auf die Schwellung entleert sich Eiter aus der Nase. (Sz.)

Sinexon (41) gelangt zu folgenden Schlüssen: 1. Die Kongestion der Nasenschleimhaut erfolgt immer während des Zeugungsaktes. 2. Zu solchen Zeiten besteht auch eine ausgesprochene Hyperästhesie der Nasenschleimhaut. 3. Eine mehr oder weniger periodische Anschoppung der Nasenschleimhaut fällt mit der Menstruation zusammen. 4. Diese Anschoppung tritt auch periodisch während der Schwangerschaft auf und erweist sich als nicht abhängig von dem menstrualen Fluss. 5. Operationen, welche die Funktionen der Zeugungsorgane zerstören, führen die Nase in den Zustand zurück, in welchem sie sich vor dem Eintritt der Pubertät befunden hatte. 6. Bei den niederen Tieren ist die sexuelle Erregung immer von Verschluss der Nase begleitet. 7. Diese Anschoppung beim Menschen kann zu Epistaxis oder Hydrorrhöe führen. 8. Die fortgesetzte Überreizung der Nasenschleimhaut durch sexuelle Perversion führt zu ihrer Erschlaffung durch vasomotorische Lähmung. 9. Die fortgesetzte Überernährung durch häufige Kongestion muss schliesslich Hyperplasie oder Atrophie erzeugen. 10. Diese Zustände beruhen nicht auf Hysterie oder Neurasthenie. (T.)

An der Hand zehn mitgeteilter Fälle wird der Zusammenhang von Falta (12b) bekräftigt. Durch vorgenommene Eingriffe in der Nase konnten Blutungen, auch ausserhalb der Menstruation, ausgelöst werden. Bei unregelmässigen Metrorrhagien muss man auch daran denken, ob dieselben nicht nasalen Ursprunges sind. Bei Graviden wären nasale Eingriffe möglichst zu vermeiden. (Sz.)

Die zwei Fälle, welche Malherbe (29) mitteilt, betrafen Kinder im Alter von sechs bis neun Jahren. Die Nasen waren rot verfärbt mit Papeln bedeckt und schwitzten stark.

Ein vorzüglicher Erfolg wurde durch Anwendung linearer gekreuzter Skarifikationen erreicht. Pudermittel halfen nur vorübergehend. (V.)

Während 27 jähriger Praxis hat Morelli (32a) fünf Fälle von überaus grossen fibrösen Polypen beobachtet; muköse Polypen, in der erwähnten Grösse, sah man bis jetzt noch nie. — Im Rachenraum des 13 Jahre alten Mädchens wurde ein blasses Gebilde entdeckt; an der Oberfläche desselben zeigen sich Furchen, an seinen Rändern mehrere exkoriierte Stellen und an der Basis weisse, narbenähnliche Flecken. Das Gebilde drängte den Gaumenbogen nach vorne und heftete sich an die Zunge so fest an, dass es schwer abzuheben war; es war auch noch mit einem fingerdicken Stiel versehen, der von der linksseitigen unteren Nasenmuschel ausging. Das mit Hilfe der Jarwisschen Schlinge entfernte Gebilde ist $12^1/_2$ cm lang, mit einem Umfange von 2—10 cm. Es handelt sich hier, zufolge des lappenförmigen Aufsatzes, eigentlich um einen Doppelpolypen, mit einer weissen narbigen Einziehung, entsprechend dem Drucke von seiten des Gaumenbogens. — Histologischer Befund (durch Prof. C. Pertik): Zartes Gewebe mit wenig Zellen und Gefässen; die Zellen zeigen teilweise einen embryonalen Charakter, und sind protoplasmareich; teilweise hingegen bestehen gestreckte und leicht färbbare Kerne mit granuliertem Protoplasma; zwischen den Zellen finden sich hochgradig ödematöse Gewebsfasern, in dem Gewebe selbst Granula und Fibrin enthaltendes Serum. Ferner sieht man einzelne Inseln mit lymphoiden Zellen und endlich kleine nekrotische Herde. Nach aussen ist die Geschwulst durch die typische Rachen-Epitheldecke abgeschlossen; die unterste Schicht grenzt sich vom Bindegewebe scharf ab, und nur an den eingestülpten Stellen entstanden partielle Nekrosen. Mithin lautet die Diagnose: ödematöser Polypus mucosus. (Sz.)

Von den mitgeteilten zwei Fällen Vladárs (47b) hatte sich einmal der ganze Prozess bloss auf die Nasenschleimhaut beschränkt, ohne jedwelche andere Symptome einer Diphtherie zu verraten. Es erfolgte jedoch bald eine Infektion bei dem Schwesterchen des Kindes, worauf sich hier das typische Bild einer Rachendiphtherie entwickelte. Im zweiten Falle, bei einem Säugling, bestand zugleich auch noch eine septische Omphalitis. Die Erkrankung wurde zuvörderst durch eine Rhinitis fibrinosa eingeleitet, zog jedoch alsbald auch den Rachen in Mitleidenschaft. Die Mutter des Kindes küsste dasselbe oftmals und akquirierte Diphtherie. Sowohl diese zwei Fälle als neun andere, über die Vladár bereits vor elf Jahren berichtete, bewei-sen, dass eine strenge Absonderung der Rhinitis fibrinosa von der Diphtherie nicht berechtigt ist. Zahlreiche Beobachtungen haben jedoch auch bewiesen, dass nach vollständig ausgesprochener Rhinitis fibrinosa, sowohl an anderen Individuen wie auch bei demselben Patienten, später spezifische Diphtherie auftreten kann, wodurch die vollständige Identität dieser beiden Erkrankungen am besten bewiesen erscheint. Mithin hat man die Rhinitis fibrinosa, in jedem einzelnen Falle, als Nasendiphtherie aufzufassen und das Einschreiten danach sowohl therapeutisch als auch prophylaktisch einzurichten. Wird nun die Erkrankung als Diphtherie aufgefasst, als ob der Prozess nicht in der Nase, sondern im Rachen aufgetreten wäre, dann können wir auch sämtlichen, wie immer verantwortlichen Anforderungen gerecht werden,

in sofern wir all die therapeutischen Massnahmen treffen, die bei der Diphtherie, selbst in leichten Fällen, zu hefolgen sind. (Sz.)

Mac Coy (28) hat den Gehranch von Salhen in grossen Massen an die Stelle von Waschnngen, Sprays und Pulvern für die Nase gesetzt und hat gefunden, dass Rückfälle in Fällen, die sich einer Behandlnng wegen chronischer Zustände unterziehen, viel seltener sind. Die Salben werden den Patienten in zusammendrückbaren Röhren, zum Schutz gegen Verunreinigung, gegeben. Es wird dafür dieselbe Sorte von Medizinen henntzt wie für Wascbungen, Sprays nnd Pulver. Cbinin in Salbenform ist bei chronischer Rhinitis nnd bei Ödem der vasomotorischen Fälle hesonders nützlich. Für die Salbe wird flüssiges Vaselin (4 bis 8 g auf 30 g) gehraucht. (T.)

Kolopinski (23) erhielt hei der Behandlnng so ziemlich aller Formen des chronischen Nasenkatarrhs gute Ergebnisse mit der einmal wöchentlichen Einhlasung von Scbwefel (offizinelles Snlphnr praecipitatnm U. S. Pharmac.) (T.)

Die Untersuchungen Bndays (6a) erstrecken sich auf fünf Fälle: 1. 7 Jahre altes Kind mit Noma faciei; 2. 8jähriger Knabe mit Stomatopharyngitis gangraenosa; 3. 2 Jahre altes Kind mit Pharyngitis nnd Gingivitis gangraenosa; 4. 9 Jahre altes Mädchen mit Stomatitis gangraenosa; 5. 14jähriger Knabe mit Noma faciei et linguae. — Histologischer Befund: in sämtlichen Präparaten eine geringe Ahgrenzung der nekrotisierten Partien mit plötzlichem Übergang; die Färbbarkeit der Kerne in den nekrotisierten Partien hört plötzlich, ohne jeden Übergang, auf. — Bakteriologischer Befnnd: Regelmässige Verteilung der verschiedenen Bakterien; in grosser Menge Kokken in den oberflächlich gelegenen, bräunlicbgrünen, zerfallenen Teilen, ferner dipbtherieartige, kenlenförmige Bazillen, ausserdem dicke Bakterien, erinnernd an Bacterinm coli nnd Bacillns pntrificus coli, endlich nur vereinzelte Spirillen, ausserdem längere Fäden und spindelförmige Bazillen. In den tieferen Partien des nekrotisierten Gewebes: längere fadenförmige Bazillen; zahlreiche Leptothrix-Fäden, manchmal so zablreich, dass sie das nekrotisierte Gewebe kreuz und quer durcbwehen; dichte Mengen von spindelförmigen Bazillen in der Nähe der Grenze der Gangrän; an der Grenze selbst zahlreiche Spirillen, die teilweise auch in das angrenzende Gewebe eindringen; in den schon mit freiem Auge sichtbaren schmutziggelben, nekrotisierten Teilen, mithin in dem erweichten Gewebe, Leptothrix-Fäden, Spirillen und Bacillns fusiformis. Zahlreiche Bakterien dringen an der Grenze des bereits nekrotisierten oder aber in das noch virulente Gewebe ein; hier fanden sich Spirillinm nnd Bacillus fusiformis in grosser Zahl vor. — Die gescbilderten Erkranknngen wären somit als sogenannte infektiöse Gangän zu bezeichnen, hervorgerufen dnrch die Symbiose des Spirillium nnd des Bacillus fusiformis. Buday hält dieselben für zwei gänzlicb selbständige Bakterienarten. (Sz.)

Xerostoma oder trockener Mnnd als ein selbständiger Zustand ist wie Somers (42) ansführt, ausserordentlich ungewöbulicb. Es besteht in einer hedeutenden Herahminderung oder Hemmnng sowohl der Sekretion der Speicbeldrüsen als auch der zahlreichen Scbleimdrüsen der inneren Wangenfläche. Relatives Xerostom findet sich nach dem Gebrauch von Atropin während verschiedener Infektionen wie Ahdominaltyphus, beim Mundatmen durch Adenoide, Diahetes, hohem Alter und hei soge-

nannter psychischer Salivation. Bei echtem Xerostom ist die Trockenheit das hervorragendste Symptom. Die Ätiologie ist dunkel. Xerostom ist im wesentlichen eine Affektion des mittleren Alters oder späterer Jahre, selten unter vierzig, meistens bei Frauen. Über zwei Fälle, welche mit 38 resp. 32 Jahren begannen, ist berichtet. Somers Fall betrifft einen 76jährigen Mann. Die hochgradige Trockenheit hatte sich an eine leichte Halsentzündung angeschlossen. Die Zähne waren alle schon drei Jahre, bevor sich das Xerostom entwickelt hatte, kariös gewesen. Nach der Extraktion derselben war eine Besserung eingetreten. Der Allgemeinzustand hatte darunter nicht gelitten. — Galvanisation und Pilokarpin geben die besten vorübergehenden Resultate. (T.)

Ein 34jähriger Patient Mewhorns (31) hatte zwei Jahre lang auf dem rechten Vorderarm oberhalb des Ellenbogens einen Flecken, der aus typischen Lichenplanuspapeln zusammengesetzt war. Dieser hatte sich aufgehellt, aber auf der rechten Wangenschleimhaut zeigten sich vier oder fünf runde und ovale perlartige Flecken mit rötlichen Zentren, die zwischen Linsen- und Bohnengrösse rangierten. Auf der linken Wangenschleimhaut befanden sich weissliche, von Linien gesunder Haut getrennte Flecken, die wie Mosaik aussahen. (T.)

Filarétopoulo (13) gibt eine kurze Klinik der Leukoplasie, die er lieber mit Leukokeratose bezeichnet sehen möchte, während er die Benennung Psoriasis lingualis ablehnt, ohne Krankengeschichten.

Als Ursache betrachtet er hauptsächlich die Syphilis. Dann kommen Herpes mucosae und Psoriasis vulgaris in Betracht, von chemischen Agentien Alkohol und Tabak.

Die Schilderung der Symptome sowie die empfohlenen Mittel bieten nichts Neues. Vor allem dürfte die ausgiebige Zerstörung der Leukoplasie mit dem Thermokauter vielen als ein Gewinn erscheinen. (V.)

Feldarbeiterin mit Pemphigus vegetans aus Havas' Praxis (16a), 38 Jahre alt; Erkrankung vor 10 Monaten mit schmerzhaften Blasen im Munde; später entstanden ähnliche Blasen am linken Schenkel und in der Schamgegend; mit der Zeit vermehrten sich die erwähnten Blasen, öffneten sich alsbald spontan und blieben dann mit dicken Krusten bedeckt. Am linken Schenkel war, an Stelle einer Blase, eine eigrosse, höckerige rote Geschwulst aufgetreten. Zu Beginn der Erkrankung wurde die Pat. in einem Spitale behandelt, wo die Geschwulst am Schenkel angeblich mittelst Paquelin wiederholt entfernt wurde, doch stellte sich dieselbe in Bälde von neuem ein, und auch das Exanthem verbreitete sich fortwährend; seit dieser Zeit scheinen auch die Kräfte abzunehmen, so dass Pat. abmagert. — Status praesens: Lippen-, Wangen- und Zungenschleimhaut zeigen alleinstehende oder miteinander konfluierende, schmerzhafte, leicht blutende und ihres Epithels entblösste Stellen, mit ausgehöhlten Rändern. Die Gingiva ist angeschwollen und gelockert, blutet leicht, und es haften an ihren Rändern graugefärbte Detritusmassen an. Rechterseits entwickelt sich der ganze Prozess in der Sklera und im Kehlkopf nur langsam; das linke Auge war auf diese Weise zugrunde gegangen, die Kornea war innerhalb eines Tages zerstört; unausstehlicher Foetor ex ore, profuse Speichelsekretion. Die erwähnten Blasen, linsen- bis kronenstückgross, sitzen vorwiegend in der Furche unterhalb der Unterlippe, im Gesichte an der rechten Nasenseite, am Mons Veneris, an den grossen Schamlippen und an der inneren Seite der Schenkel; stellenweise konfluieren einige dieser Gebilde, sind kreisförmig oder polycyklisch und geben das Bild eines mit getrübter Sub-

stanz gefüllten oder mit schmutzig-grauen Krusten bedeckten Exanthems. Im obersten Teile der inneren Fläche des linken Schenkels befindet sich eine hühnereigrosse Geschwulst; dieselbe ragt zwei fingerdick hoch hervor, ist ovoid geformt und zeigt an der schmutzig-rötlichen, unebenen und durchlöcherten Oberfläche ab und zu Eiterpusteln, manchmal mit graugefärbten Krusten; die Geschwulst verbreitet einen immensen Fötor. Ferner sind auf der Oberhaut zerstreut gelegene, leicht blutende und schmerzhafte Epitheldefekte zu sehen, in der Grösse eines Kronengeldstückes oder noch bedeutend grösser; dieselben sind kreisförmig oder polycyklisch, an den Rändern von Blasen mit getrübtem Inhalte oder mit abgelöstem Epithelring umgeben; die Epitheldefekte erscheinen intensiv rot oder sie sind mit graugefärbten Krümchen bedeckt. — Hochgradige Abmagerung, Essen und Trinken erschwert, kein Fieber; Urin lichtgelb, spezifisches Gewicht 1010; ohne Eiweiss und Zucker; mikroskopisch finden sich Blutzellen nur spärlich vor. (Sz.)

Payenneville (34) teilt einige Fälle mit, bei denen diese angeborene Missbildung der Zunge (Lingua plicata) in mehreren Generationen derselben Familie zu beobachten war. Die Tatsache der Heredität wurde schon 1883 von Lemonnier hervorgehoben und seither in der Literatur erwähnt. (R.)

Das fünf Monate alte Mädchen aus Rosenáks und Feldmanns (38a) Praxis wurde in die chirurgische Ordination der Poliklinik gebracht, weil es nicht recht saugen konnte. — Die Zunge war durch vier Einschnitte, an ihrem Ende, in fünf Lappen geteilt; von den vier Einschnitten hatten zwei seitwärts und zwei an der Vorderfläche gesessen; drei von den erwähnten Einschnitten waren durch Geschwülste entstanden und einer infolge der Zerrung des kurzen Frenulum. Die Geschwülste sassen, unregelmässig verteilt, an der Zungenspitze; ihre Grösse war verschieden, zeigten das Bild milchweisser, fluktuierender Knoten und müssen für multilokuläre Schleimbeutel erachtet werden, die durch Anhäufung abgesonderten Sekretes entstanden waren. Die Zunge des 5 Monate alten Säuglings war so gross wie die eines 10jährigen Kindes und sah eigentümlich aus, nahezu als wenn ein Kinderfuss im Munde gelegen wäre. — Im Nasenrachenraum bestanden auch noch adenoide Wucherungen. Endlich wurde bei dem Kinde auch noch eine vierfache Syndaktylie gefunden, und zwar auf der linken Hand zwischen IV. und V. Finger, der ganzen Länge nach, auf der rechten Hand zwischen Daumen und Zeigefinger, bis zur Basis der ersten Phalanx des letzteren, schliesslich auf beiden Füssen, zwischen II. und III. Zehe, der ganzen Länge nach. (Sz.)

Schourp (40) beschreibt einen Fall von „idiopathischen Schleimhautgeschwüren an der Zunge“, der unter dem Bilde der Lingua geographica (L. areata, wandering rash, Plaques benignes etc.) verlief. Ungewöhnlich an seiner Beobachtung ist die Lokalisation eines Geschwüres an der unteren Zungenfläche; in der Regel wird nämlich nur das Dorsum linguae und der Rand befallen. (L.)

Die Vincentsche Angina ist, wie Berkeley (4) ausführt, gewöhnlich ein umschriebenes penetrierendes Geschwür, welches sich seitlich als eine Pseudomembran ausbreiten kann, oder beide Prozesse können sich kombinieren. Gewöhnlich ist die Mandel der Sitz der Läsion und besonders die rechte. Anstatt der Mandeln können die Lippen oder Gaumen, die Wange, Zunge oder alle diese zusammen eine Pseudomembran oder ein oder mehrere Geschwüre zeigen, in welchen die Bak-

terien in grosser Anzahl vorhanden sind. Die Mehrzahl der Fälle trat bei Kindern auf. Die wichtigste Komplikation ist die Diphtherie. Die Erkrankung dauert ein bis drei Wochen. (T.)

Im Ausstichpräparate eines Falles von Angina Vincenti konnte Alexander (2) die auch von anderen Beobachtern regelmässig gefundenen Spirochäten und den Bacillns fusiformis nebeneinander demonstrieren. Scholtz hält den Befund von Spirochäten und fnsiformen Bazillen nicht für charakteristisch für Angina Vincenti. Er vermochte dieselben Bakterien nämlich auch in zwei Fällen von Syphilis nachweisen. Demgegenüber tritt K. Buday (6) für die Annahme ein, dass die gangränösen Mund- und Rachenentzündnngen durch die Symbiose dieser beiden Bakterienarten bedingt sind. Noma-, Stomatitis und Pharyngitis gangraenosa sind nach ihm ätiologisch und histologisch lediglich verschiedene Grade derselben Erkranknng. Dieser Auffassnng tritt auch S. Róna (38) bei. Er nimmt dieselbe Ätiologie für die merknrielle Stomatitis an, bei welcher die disponierende Schwächnng des Gewebes durch die Wirkung des Hg bedingt wird. Eine nicht sehr häufige Affektion der Zunge stellt das von Sorrentino (43) beobachtete zirkumskripte Lymphangion der Zunge dar. Die sonstigen Ausführungen des Autors geben nur Bekanntes wieder. (L.)

Schliesslich sei noch eines neuen Instrumentes Erwähnung getan, des Nasenrachenendoskops, welches von Helbing (17) eingeführt wurde nnd dessen Herstellung A. Hirschmann besorgt. Die genane Beschreibnng ist im Original nachznlesen. Nötig ist es wohl nnr da, wo Verwachsungen im Pharynx die Rhinoscopia posterior untunlich machen. (L.)

Von den zwei mitgeteilten Fällen Máthés (30a) betrifft der erste Fall einen 53 Jahre alten Landwirt mit einer 37 Tage lang anhaltenden nnd ohne jedwelche spezifische Behandlnng geheilten diphtheritischen Angina (= Eichhorstsche chronische Diphtherie). Im Verlaufe dieser Erkrankung zeigten sich an beiden Unterschenkeln und an den Armen, ferner im Gesichte, am Nacken und auf dem Sternum eine grosse Anzahl Erythem-Knötchen, von der Grösse eines Hellers bis zu der eines Kronengeldstückes. Interessant war in diesem Falle die Aussage des Patienten, dass nämlich, seit einem Jahre, allmonatlich intensive Halsschmerzen sich bei ihm einstellen; dieselben halten immer 5—6 Tage an, und hierauf kommt dann das juckende, znweilen schmerzhafte Exanthem znm Vorschein. — Im zweiten Falle, bei der 23 Jahre alten Fran, hatten hohe nnd nnregelmässige Fiebererscheinungen die überaus hartnäckigen Rachenveränderungen begleitet. Die heftige Entzündung im Rachen führte znr Exulzeration der Tonsillen, der Rachenbogen und des weichen Gaumens. Bakteriologisch wurden in dem schmntzigweissen und fest anhaftenden Belage Streptokokken in Reinkultnr nachgewiesen. Nebst den Rachenveränderungen kamen auf der ganzen Körperfläche schmerzhafte Erythemknötchen zum Vorschein, am zahlreichsten im Gesichte, an der Stirne und an der Aussenfläche der Unterarme, ferner an den Lippenrändern, an den Oberarmen und auch an den Unterschenkeln. Die anfangs eingeleitete lokale Behandlung blieb erfolglos, denn sämtliche Erscheinungen verschlimmerten sich fortwährend nnd Pat. wurde mehrmals mit Diphtherie-Heil-Serum, später mit indifferenten Pferdeserum gespritzt. Sofort erfolgte hierauf ein auffallend rascher Rückgang des ganzen Krankheitsprozesses, was allerdings der Serum-Wirkung zuzuschreiben ist. Aller Wahrscheinlichkeit nach standen Hantexanthem nnd Rachenveränderungen in engem

Zusammenhange miteinander, doch das Wesen dieses Zusammenhanges lässt sich nicht bestimmt ergründen. Das aus unbekannten Ursachen erschienene Erythem der Rachenschleimhaut muss für primär aufgetreten gelten, und somit sind die Angina und die Exulzeration als dessen Folge zu betrachten; dem bazillären Befunde an den exulzerierten Stellen darf daher bloss eine akzidentelle Bedeutung zugeschrieben werden. Wie die Veränderungen an den einzelnen Hautstellen entstanden waren, lässt sich schon deshalb nicht bestimmt nachweisen, weil die in den Rachengeschwüren nachgewiesenen Bazillen an dem Zustandekommen der Hautexantheme wahrscheinlicherweise gar keinen Anteil hatten. (Sz.)

Bei einem 30jährigen Mann aus Hurds (19) Praxis erstreckte sich die Mykose von den Mandeln über die hintere Rachenwand nach oben auf der linken Seite in die Mündung der Eustachischen Röhre, nach unten über die Zungenmandel, Plica arytaeno-epiglottica und das Taschenband der linken Seite. Die Mykose verschwand nach 41 maliger Anwendung der X-Strahlen. (T.)

XLV.

Lues der Luftröhre, des Kehlkopfes und der Lungen, nebst Grenzgebieten nach der Dermatologie hin.

Bearbeitet von **E. Schreiber**-Magdeburg, mit Beiträgen von **Schiele**-St. Petersburg, **Szenes**-Budapest und **Toeplitz**-New York.

Literatur:

1. Audrain, J., Contribution à l'étude diagnostique et clinique de la syphilis pulmonaire. Caen.
2. Barthélmy, T., Bemerkung über die Beziehungen zwischen Tuberkulose und Syphilis. Internat. Tuberkulosekongr.
3. Benda, Präparat einer wahrscheinlich syphilitischen Trachealstenose. Laryngol. Ges., 30. VI. (Diskuss.: Finder, Kuttner, Edm. Meyer, B. Fränkel).
4. Claytor, T. A., Syphilis of the lung, with a report of the anatomical findings in a case. Amer. Journ. of the med. Scienc. April.
5. Gugenheim, Fall von kombiniorter Erkrankung an Tuberkulose und Syphilis des Kehlkopfs. Ärztl. Verein in Nürnberg, 2. III.
6. Hughes, W. E. and Willson, R. N., Syphilis of the lung simulating phthisis. Med. News, 25. Februar.
7. Hurd, L. M., Syphilitische Stenose der Luftröhre. The Laryngoscope. Februar.
8. Killian, Die Tracheobroncboskopie in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht. (Diskuss.: Kuhn, Kausch, Hofmeister, Helferich, Sprengel). XXXIV. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Chir. (Von rein chirurgischem Interesse.) S.
9. Kuhn, E., Ein walnussgrosser Gummiknoten der Lunge. Charité-Annalen. S. 438.
10. Lipscher, Alexander, Fall von Laryngosklerom. Rhino-laryngol. Sekt. d. kgl. Ges. der Ärzte in Budapest, 19. X.
11. Derselbe, Fall von Rhinolaryngosklerom. Rhino-laryngol. Sekt. d. kgl. Ges. der Ärzte in Budapest, 19. X.
12. Neumayer, Hans, Eine Schutzvorrichtung für den Arzt bei der Untersuchung der oberen Luftwege. Münch. med. Wochenschr. S. 707.

13. Reinhard, Bronchoskopie bei Syphilis der unteren Luftwege. Allg. ärztl. Verein zu Köln, 23. X.
14. Revol, L., La syphilis tertiaire du larynx (étude cliniqne.) Thèse de Lyon.
15. Sergent, Syphilis und Tuberkulose. Internat. Tuberkulosekongr.
16. Theisen, C. F., An unusual case of laryngeal syphilis requiring tracheotomy. Albany Med. Ann., Juli. Ann. of otol., rhinol. and laryngol. Dez. S. 698.
17. Wadsack, Zwei plötzliche Todesfälle infolge syphilitischer Bronchostenose. Charité-Annalen, S. 211.
18. Wermel, S., „Sifilis lechkich" (Lungensyphilis.) Russky Wratsch (Der russische Arzt.) Nr. 9. (Nichts Bemerkenswertes.) (Schiele).
19. Wiedel, Paul, Über einen Fall von geschwürig zerfallenen Gummi im Kehlkopf bei einem kongenital-syphilitischen Kinde von sechs Monaten. Diss. Berlin.

32jährige Patientin Reinhards (13) mit starker Atemnot und deutlichem Stenosegeräusch sowie Dämpfung rechts h. u. Die Tracheoskopie ergab im unteren Abschnitt der Trachea zahlreiche flache Infiltrate mit höckeriger, ulzerierender Oberfläche. Antiluetische Kur von Erfolg; es entstand eine Stenose des rechten Hauptbronchus, die aber keine Dyspnoe mehr verursachte. (Schr.)

Ein sechsjähriger Knabe aus Hurds (7) Praxis wurde, drei Jahre alt durch Küssen infiziert, im fünften Jahre dyspnöisch und bekam ein Gumma auf dem rechten Oberschenkel und ein Geschwür auf dem harten Gaumen. Tracheotomie. Nach Entfernung der Tracheotomieröhre wurde die Dyspnöe durch eine drei Zoll lange und $^1/_4$" im Durchmesser haltende Intubationsröhre gehoben. Kali jodatum 12 Gramm täglich. Heilung. (T.)

Guggenheim (5) demonstriert einen ausgehusteten rechten Aryknorpel bei schwerer Lues und Tuberkulose des Kehlkopfs. (Schr.)

In einem Falle Theisens (16) von laryngealer Syphilis bei einer 38jährigen Frau mit Verschluss des Kehlkopfeingangs durch Zurückziehen der Epiglottis mittelst seitlicher Verwachsungen, mit Verschluss der Glottis durch Narbengewebe, welches sich von einer Seite zur anderen unter den Stimmbändern und den unbeweglichen Aryknorpeln erstrekte, musste eine Tracheotomie unter Kokain ausgeführt werden, da Kali jodatum einen plötzlichen Anfall von Kehlkopfödem herbeigeführt hatte und Anfälle von Dyspnoe häufig wurden. Intubation ist in nicht hochgradiger Stenose von Nutzen. Bei hochgradigen Fällen sollte die Tracheotomie der Erweiterung der Striktur von oben vorangehen. Tracheotomie mit anschliessender Laryngofissur liefert die besten Chancen für eine dauernde Heilung. (T.)

Neumayer (12) gibt eine aus Marienglas hergestellte Schutzplatte an, die vor dem Reflektor anzubringen ist. (Schr.)

Bei dem 20jährigen Taglöhner aus Lipschers (10) Praxis bestand folgender Prozess: Die untere Nasenmuschel war beiderseits verdickt, ihre Schleimhaut grau verfärbt; die hintere Pharynxwand trocken, glänzend; Stimmritze und Larynxeingang mit grauen, übelriechenden, harten Borken ausgefüllt. Auf Intubation erfolgte leichte Besserung der Atmung, in kurzer Zeit musste jedoch die Tracheotomie gemacht werden, und einige Tage später konnte die Intubation fortgesetzt werden. Als Pat. bei gut verstopfter Kanüle gut atmete, wurde dieselbe entfernt. (Sz.)

Lipscher (11) beobachtete ferner einen 37jährigen Schmied, mit enorm grosser und hart sich anfühlender Nase; es waren die Naseneingänge beiderseits uneben, exulzeriert und stark fötorös. Auf Röntgen-Behandlung bildete sich die Nase fast bis zu ihrer normalen Grösse

zurück. Einige Monate später musste wegen rapid steigender Atemnot die Tracheotomie gemacht werden. Fötoröse, harte, grau verfärbte Borken verlegten die falschen und wahren Stimmbänder und die Stimmritze; nach Ausräumung jener Massen sind dieselben in der Trachea zu sehen. (Sz.)

XLVI.

Lues des Magendarmkanals und der Leber sowie des Pankreas, nebst Grenzgebieten nach der Dermatologie hin.

Bearbeitet von **Ad. Schmidt**-Halle und **Hermann Meyer**-Dresden, mit Beiträgen von **Churchman**-Baltimore.

Literatur:

1. Albrocht, Gelappte atrophischs Leber (Lues?) mit Zuckergussauflagerungen. Ärztl. Verein in Frankfurt a. M., 21. VIII. (Demonstration eines Präparates.) M.
2. Binder, A., Über Riesenzellenbildung bei kongenitaler Lues der Leber. Virch. Arch. Bd. 177. H. 1.
3. Canssade, Foie syphilitiqne hypersplénomégaliqus à début splénique. Sem. méd. S. 512.
4. Cimaroni, A., Sulle stenosi sifilitiche del piloro. Boll. della Soc. Lançisiana degli ospod. di Roma, 25. 3. Policlinico, Sez Prat. Fasc. 28. S. 814.
5. Coulon, Hémorrhagies intestinales syphilitiques. Arch. de méd. des enfants.

5a. Eltester, Otto, Über syphilitische Geschwülste der Leber. Diss. Berlin.

6. Funke, J., Syphilis of the liver, sclerogommatous type. Med. News, 8. Juli. Vol. 87, 67.
7. Funke, J., and Cohen, S. Solis, Syphilis of the livsr — sclero-gummatous type. Pathol. Soc. of Philadelphis, 9. II.
8. Göschel, Cholelithiasis durch Lebersyphilis vorgetäuscht. Ärztl. Vereis in Nürnberg, 18. V.
9. Hahn, Zwei Fälle von Lebersyphilis, die als Cholelithiasis gedeutet werden konnten. Ärztl. Verein in Nürnberg, 18. V.
10. Hayem, G., De la syphilis stomacale. Prosso méd. 14.
11. Derselhe, Sur un nonveau cas de syphilis stomacale. Presse méd.
12. Derselhe, Über Magensyphilis. Allgem. Wiener medizin. Zeitg. S. 383, 393.
13. Honghton, H. A., Report of a case of syphilis of the livor with perihepatitis. The Post-Graduste. Bd. XX. S. 381.
14. Hueter, Fall von Darmlues mit Präparatdemonstrationen. Altonaer ärztl. Verein, 18. X.
15. Jonck, Theodor, Über miliare Gummigeschwülste der Milz nnd der Leber. Diss. Bonn.
16. König, Die Bedeutung der Lebersyphilis für die Diagnose der Banchgeschwülste. Berliner klin. Wochenschr. S. 137.
17. Knzmik, Paul, Spontans Magen-Bauchwandfistel bei Lnes. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 48. S. 586.
18. Lenzmann, Über Lues des Magens. Rhein.-westfäl. Ges. f. innere Med. u. Nervenheilk., VI. Vers
19. Leuk, Eine neue Palliativoperation bei benignen Mastdarmstriktnren. Berliner klin. Wochenschr. S. 802.
20. van Niel Schuuren, J. S., Een geval van scute gele leveratrophie is het secundaire stadium van syphilis. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk., 15. Juli u. Weekbl. voor Geneesk. 3. S. 198.

21. Reye, Ein Beitrag zur Frage der fieberhaften luetischen Leberschwellung. Therap. d. Gegenw. S. 355.
22. Riedel, Über die fieberhaft verlaufende Lues der Gallenblase und Gallengänge sowie der Leber. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Medizin u. Chir. S. 1.
23. Robert, F. A. H., Syphilis de la rate. Thèse de Paris.
24. Rosewater, N., Zwei Fälle von Ausschlag durch Verdauungsstörungen, Exantheme vortäuschend. Cleveland medical Journal. Bd. IV. S. 308.
25. Sobernheim, W., Beitrag zur Kenntnis der fieberhaften tertiär-syphilitischen Organerkrankungen. Ther. d. Gegenw. H. 11.
26. Tyrman, Josef, Echinococcus cysticus multiplex der Leber; rezente Lues, Operation, Heilung. Wiener med. Wochenschr. 43.
27. Welt-Kakels, Sara, A case of visceral syphilis in a boy, with heredosyphilis lata. New York Acad. of Med., Sect. on pediatr., 9. II.

Hayem (12) hat vier Fälle in seiner Praxis beobachtet, welche er mitteilt, um im Anschluss daran die Pathologie dieser seltenen Lokalisation der Syphilis zu besprechen. Jeder Fall repräsentiert einen besonderen Typus, und zwar der erste den einer Ulzeration der Magenschleimhaut mit Hämatemese, der zweite denjenigen eines pylorischen Tumors mit Verdacht auf Karzinom, der dritte denjenigen einer benignen Stenose unbekannter Ursache, der vierte endlich denjenigen einer typischen krebsigen Stenose. In zwei Fällen wurde die Diagnose durch den Erfolg einer spezifischen Kur, in den anderen durch die Operation gestellt. Wenn es natürlich auch unmöglich ist, in jedem Fall von ulzeröser oder stenosierender Magenerkrankung zunächst eine antiluetische Kur durchzuführen, so verlangt doch Hayem, dass man an die Möglichkeit einer luetischen Magenerkrankung denken soll. (S. u. M.)

Ein luetisches Ulcus am Pylorus kann, wie Cimaroni (4) ausführt, die gleichen klinischen Erscheinungen machen wie das peptische Ulcus. Das Ulcus kann sich auf die Schleimhaut beschränken, und die darüber liegende Muskelschicht ist von einem sklero-gummösen Gewebe infiltriert, das zur Stenose des Pylorus führt. Ferner können miliare Gummata und sklerotisches Bindegewebe den ganzen Magen verdicken und so ein Neoplasma vortäuschen. Gleichzeitig finden sich oft multiple Darmstenosen. Bei einem älteren Luetiker mit Symptomen einer Pylorusstenose soll man stets an Lues denken und zunächst eine antiluetische Kur versuchen! Bei alten vernarbten und sklerotischen Fällen ist allerdings nur die Operation erfolgreich (Ref. in Arch. f. Verd.-Krankh. 12. S. 96). (S. u. M.)

Zwei Fälle Lenzmanns (18) von Magenlues. Der eine Patient war lange Zeit wegen Ulcus ventriculi behandelt und schliesslich gastroenterostomiert worden. Keine Besserung der Beschwerden. Völlige Heilung nach Schmierkur. Lenzmann vermutet ein luetisches Ulcus bezw. ein syphilitisches Infiltrat auf einem primären ‚Ulcus pepticum. Der zweite Fall betraf eine Kranke, bei der die Magenbeschwerden das erste Symptom einer später ausbrechenden, sehr verbreiteten Allgemeinlues waren. Lenzmann rät, in hartnäckigen Fällen von Magenulcus immer an Lues zu denken. (S. u. M.)

Bei einem Falle Kuzmiks (17) hatte ein Magengeschwür (zerfallendes Gumma) die Bauchwand perforiert und eine Magen-Bauchwandfistel herbeigeführt. Heilung durch Inunktionskur und Operation. Kuzmik unterscheidet zwischen gummöser und infiltrativer Form der Magensyphilis; auch hier kommen narbige Stenosen vor. Syphilis als Ursache der Magenerkrankungen ist sicherlich gar nicht so selten, daher öfter

einmal antiluetische Kur anwenden! (Ref. aus Arch. f. Verd.-Krankh. Bd. 11. S. 341.) (S. u. M.)

Präparate Hueters (14) von einer 44jährigen Frau. Massenhafte Ulzerationen im Colon sigmoidenm, sowie nnteren Teil des Ileum, im letzteren anch ringförmig angeordnet und starke Einschnürung des Darmes hervorrufend. Die Ulzerationen waren 1—2 cm breit, zeigten parallele, scharfe, wenig erhabene Ränder; der Geschwürsgrund trug graugelbliche Einlagerungen. Die Hauptcharakteristika der luetischen Dünndarmulzerationen sind Multiplizität, gruppenweise Zusammenlagerung, Neigung zn Gürtelform, ihr Aussehen, als ob sie beetartige Erhabenheiten oder plattenartige Einlagerungen bildeten. Beschreibung des mikroskopischen Befundes. Heilung ist wegen der starken Narbenbildung für den betreffenden Kranken sehr gefährlich. Die meisten narbigen Dünndarmstenosen sind wohl tuberknlöser Art, nur da kann man Lues vermnten, wo bei intakter Mukosa die Verengerung durch eine narbige Sklerose des Bindegewehes der Submukosa vernrsacht wird. (S. u. M.)

Leuk (19) exzidiert aus der ringförmigen Striktur im Spekulum ein Stück des Narbengewebes und dringt nicht ein in das dahinterliegende Gewebe, um die sekundäre Narbenbildung und Schrumpfung anfznhalten. Drei so operierte Kranke hatten weniger unter Proktitis und erschwerter Defäkation zn leiden und erreichten Zunahme des Körpergewichtes. In einem Falle stand der Schrumpfungsprozess zwei Jahre. Der Sphincter externns wird nicht geschädigt. (S. u. M.)

Bei diffuser interstitieller kongenitaler Lues der Leber fand Binder (2) massenbaft Riesenzellenbildung, die er als eine mit der Wirkung des Syphilisgiftes znsammenhängende regressive Erscheinung ansieht. Die Riesenzellen sind durch Konfluenz aus den Parenchymzellen selbst entstanden. (S. n. M.)

König (16) berichtet über drei Fälle mit schmerzhaften Anfällen in der Lebergegend einhergehender, dnrch Syphilis hervorgerufener Geschwulstbildnngen der Leber. Keine Funktionsstörungen der Leber, dagegen Anorexie und Ahmagerung. König heschreibt die Tumoren teils als flächenhaft mit der Leber verwachsen, teils als gelappt, oft sehr beweglich. Er hezeichnet es als falsch, wenn man hehauptet, dass die Diagnose „Lues" grundsätzlich jeden blutigen Heilversuch ausschliesst. Ob zum operativen Eingriff geschritten werden soll, müsse man von Fall zu Fall entscheiden. (S. u. M.)

Reyes (21) Patient war plötzlich mit heftigen Schmerzen in der Lehergegend erkrankt, Fieber, Mattigkeit. Leher stark geschwollen, glatt, derb. Milz wenig geschwollen. Fieber in ano zwischen 37,5—39°. Eiterige Affektion der Leber oder Pfortader, Tuberkulose differentialdiagnostisch erwogen. Auf Schmierkur völlige Heilung. (S. u. M.)

Besprechung der Literatur über sklero-gummatöse Lebersyphilis und Beschreibung eines im Lehen als Miliartuberkulose gedenteten Falles durch Funke (7). (S. n. M.)

Schuurens (20) Patientin erkrankte ein Jahr nach einer sachgemäss behandelten syphilitischen Infektion an Rezidiv. Bei dessen Bebandlung trat Ikterus auf. Tod nach zwei Wochen unter den Symptomen der akuten gelben Leberatrophie. (S. u. M.)

Göschel (8) liefert einen kasuistischen Beitrag: 43jähriger Mann, früher bereits mit antiluetischer Kur behandelt, hatte häufige Attacken

nach Art der Gallensteinkoliken dnrchgemacbt. Schliesslich wurde durch Operation der syphilitische Charakter der Lebererkrankung festgestellt. (S. n. M.)

Ein Fall von Lebersyphilis mit Scbüttelfrösten wurde dnrch Sobernheim (25) operiert, da fälschlich für Gallensteinkolik gehalten. Prompte Heilnng durch Jod. (S. u. M.)

Hougbtons (13) Patientin fühlte sicb drittbalb Jahre nnwobl, indem sie während dieses Zeitraumes nnter Anfällen von sog. „Typboid-Malaria" (Scbüttelfrost, Fieber, Erbrecben) litt. Der Anfall, der sie znm Verf. znr Konsnltation führte, war von Schmerz im Rücken und Magen, Erbrechen begleitet. Temperatur 39,5°. Die Haut batte die eigentümlich gelbliche Färbnng von perniziöser Anämie. Die Leber war gleichförmig vergrössert. Hypodermische Chinineinspritznngen beeinflussten die Symptome nicht. Untersuchnng des Blutes auf Malaria batte negatives Resultat; die Anzahl der Erythrozyten war normal. Im Harn fanden sicb ein paar byaline und gelegentlich Epithelzylinder, ebenso eine kleine Menge Eiweiss. Abgeseben von einem Knötchen in der Tibia fanden sicb keine Anzeichen von Syphilis. Übelkeit und Erbrechen wnrden schlimmer, heftiger Dnrchfall trat auf, die Patientin wurde leicbt gelbsüchtig. Explorative Laparotomie zeigte Perihepatitis und erbahene weisslich-graue Flecken über die vordere Oberfläcbe der Leber hin. Anf der unteren Oherfläche des Mittellappens fand sich ein bervorstehendes Knötchen von der Grösse eines balben Hühnereies. Nach der Operation war der Znstand der Patientin verscblimmert; sie verlor an Gewicbt nnd war meistenteils irr. Am zehnten Tage trat beftige schmerzhafte Glossitis und Stomatitis ein. Antisyphilitische Behandlnng wnrde eingeleitet und Besserung stellte sich beinahe unmittelhar ein. Zwei Monate nacb der Operation batte Patientin an Gewicbt zugenommen, konnte im Hause herumgeben; ihr Appetit war gnt nnd nahm täglich zu. (Cb.)

Die Syphilis der Leher, die am hänfigsten als Cirrhose und als Gummabildnng anftritt, befällt auch öfter Gallenblase nnd Gallengänge und macbt dann der Cbolelithiasis gegenüber diagnostische Schwierigkeiten. Riedel (22) gibt wieder die Krankengeschischte dreier Fälle von Cbolecystitis lnetica obne Ikterus, deren einer fieberbaft verlief und die mit wiederholten schmerzhaften als Gallensteinkoliken gedenteten Attacken einhergegangen waren. Die Operation ergab keine Steine, dagegen ausgedehnte Verwachsungen der Gallenblase — wohl als Ursache der Schmerzanfälle — nnd schwere lnetische Veränderungen der Leber selbst. Ein weiterer Fall zeigt, dass Cholecystitis luetica durch fieberhaft verlaufende Leberlues vorgetäuscht werden kann. Ein sehr barter Leberrand war bier für ein Gallenblasenempyem angesehen worden; auffällig war an diesem Fall, dass das Fieber nach der Operation wie abgeschnitten war. Riedel weist anf die Häufigkeit und trotzdem doch sehr seltene Feststellnng der Leberlues hin. Nebenbei teilt Riedel die Krankengeschichten mit je einer schweren dnrcb Bact. coli bervorgerufenen Cholecystitis sine concremento und eines Falles multipler Eiterungsprozesse im Leherparenchym ohne Lues der Leher. Weiterhin folgt ein Fall von Lues der Gallenblase nnd Gallengänge mit Ikterus und Fieber. Bei der Operation fanden sicb keine Steine; Drainage der Gallenblase; Tod durcb Darmblutung. Zwei im Verdacht einer Leber- bezw. Gallenganglnes stebende Kranke erwiesen sicb als an Appen-

dicitis larvata leidend. Dass man bei schmerzlos verlaufenden Affektionen nicht immer Gallensteine ausschliessen und nnr an Lnes denken soll, dafür führt Riedel znm Schluss zwei typische Fälle an. Riedel warnt vor allzu sicheren Diagnosen auf dem Gebiete der Lebererkrankungen. (S. u. M.)

Zwei Fälle von Ausschlag durch Verdauungsstörungen werden durch Rosewater (24) mitgeteilt. Der erste trat während einer Blatternepidemie auf. Er glich einem Blatternfall in jeder Beziehung bis auf die Entwickelung des Ausschlages zu einer pustulo-vesikularen Eruption. Der zweite ähnelte in den meisten Punkten einem Masernfall. Beide Ausschläge verschwanden nach Abführen. Verf. betont die Wichtigkeit der gründlichen Reinigung des Darmmagenkanals, ehe man die Diagnose in zweifelhaften Hautkrankheitsfällen zu stellen versucht. (Ch.)

XLVII.

Harnwerkzeuge, Lues und Hautkrankheiten.

Mit Beiträgen von **Churchman**-Baltimore, **Verrotti**-Neapel (im Auftrage von **De Amicis**-Neapel) und **Vörner**-Leipzig, bearbeitet von **W. Tamms.**

Literatur:

1. Berthezenne, J., Traitement de la néphrite syphilitique secondaire. Thèse de Lyon.
2. Campbell, R. R., Diagnosis of syphiloma of the kidneys. Joint meeting of the Chicago Urolog. and Chicago med. Soc. 1. III. Journ. of tho Amer. med. Assoc. Bd. 44. S. 1346.
3. Galasso, C., Caso di nefrosifilosi precoce; guarigione con il metodo Baccelli. Gazz. degli osped., 24. Oktober.
4. Derselbe, Caso di guarigione con metodo Baccelli. Nefrosifilosi precoce. Gazzetta degli ospedali e cliniche. Nr. 128.
5. Glaserfeld, Bruno, Welche Beziehungen bestehen zwischen Haut- und Nierenkrankheiten? Dermatol. Zeitschr. S. 528.
6. Malherbe, H, La néphrite syphilitique secondaire; un cas de néphrite aiguë au cours de la période secondaire. Gaz méd. de Nantes, 6. Mai u. Journ. des mal. cut. et syph. S. 321.
7. Moulinier, Surrénalite mercurielle chez l'homme; son importance en pathologie. Arch. de méd. navale, Oktober.
8. Thiemann, H., Ein Fall von Nephritis syphilitica acuta. Münch. med. Wochenschr. S. 214.
9. Verrotti, G., Su di un caso di nefrite sifilitica precoce complicata ad idropericardio — Società italiana di Dermatologia e Sifilogr., Dicembre — vedi Giorn. it. delle mal. ven. e della pelle 1906. Fasc. 1.

Thiemann (8) behandelte eine im vierten Monat schwangere Fran, die mit einem hauptsächlich am Rumpfe sitzenden Fleckensyphilide, einem den Gesamtkörper einnehmenden, an den Beinen und den abhängigen Teilen besonders starken Ödeme, Ascites und Brusttranssudate anfgenommen worden war. Der noch sichtbare syphilitische

Schanker befand sich an den Geschlechtsteilen. Die Harnmenge betrug täglich 500 ccm, ihr spezifisches Gewicht 1020. Nach Esbach waren in ihr 10 ‰ Eiweiss vorhanden. Das Sediment enthielt zahlreiche hyaline, granulierte, sowie Epithelzylinder und Nierenepithelien, aber keine Blutkörperchen. Eine vorsichtig eingeleitete Spritzbehandlung von 0,01 g Sublimat täglich (die Einspritzungen sollten eine sichere Berechnung der verabfolgten Quecksilbermenge ermöglichen) liess den Eiweissgehalt des Harnes bereits nach drei Tagen auf 5 ‰ zurückgehen, die Masse des letzteren rasch steigen und die Zahl der Zylinder und Nierenepithelien zugleich abnehmen. Auch die Transsudate in der Brust- und Bauchhöhle sowie die Ödeme verringerten sich schnell. Seit der 24. Einspritzung war und blieb der Harn eiweiss- und zylinderfrei. Am 26. Tage der Behandlung verzeichnet die Krankengeschichte, dass die Ödeme, die Transsudate und die syphilitischen Erscheinungen völlig verschwunden waren. Der Erfolg der Quecksilberbehandlung gegenüber der Nierenentzündung erhebt deren syphilitischen Ursprung über jeden Zweifel. Von Anfang an war dies wahrscheinlich gewesen, weil die Frau nie eine akute Infektionskrankheit oder schwere Erkältung durchgemacht hatte und weil sie bestimmt angab, die Schwellung ihrer Füsse habe sich zugleich mit dem Ausschlage eingestellt. Auch während ihrer früheren fünf Schwangerschaften seien keine Schwellungen bei ihr aufgetreten. (T.)

Ein Fall Verrottis (9) aus der Syphilidoklinik zu Neapel von vorzeitiger syph. Nierenentzündung kompliziert mit Hydropericardium, der sich bei einem 22jähr. jungen Menschen zwischen dem zweiten und dritten Monat der Infektion entwickelte und mit allgemeiner Drüsenschwellung, acne- und ekzemartiger, oberflächlicher, ausgedehnter Hautsyphilis und linksseitiger Hodenentzündung einherging. Im Urin 40 g Eiweiss im Liter, viel Hämoglobin; im Harnsediment zahlreiche hyaline Zylinder, Blutzylinder, blutlymphoide Zylinder und dunkle granulierte Zylinder, einige halbwachsartige Zylinder, viele freie rote Blutkörperchen in geringerer Menge, auch einzelne weisse, epitheliale Elemente, im Zerfall begriffen und einige Harnsäurekristalle. Die Nierenentzündung war hauptsächlich auf die syphilitische Infektion zurückzuführen, da jede andere Ursache, wie Erkältungen, Malaria, Alkoholismus fehlte. Erwähnenswert erscheint besonders die beträchtliche Eiweissausscheidung und die rapide Entwickelung des Prozesses in den Nieren, so dass sich das klinische Bild in wenigen Tagen entwickelte, ohne dass sich irgendwelche Anzeichen vorher gezeigt hätten. Die Heilung wurde mit 16 Sublimatinjektionen erzielt (jede Injektion von 1 cg). Die ersten sieben Injektionen wurden täglich verabfolgt. Gleichzeitig wurde jedesmal ein Gramm Digitalis im Infus gegeben. Die folgenden Einspritzungen geschahen ein um den anderen Tag, wegen Quecksilbervergiftungserscheinungen (Nervenmuskelschwäche, Stomatitis) und wegen Erscheinungen von Niereninsuffizienz (Abnahme des spezifischen Gewichtes und der täglichen Urinmenge, Steigerung des Hämoglobingehaltes von $^1/_2$—1—$2^1/_2$ g). Das Hydropericardium, das Ödem des Gesichtes und der Extremitäten war schon nach den fünf ersten Einspritzungen verschwunden.

Verf. rät von der Furcht jener Autoren sich nicht ins Schlepptau nehmen zu lassen, die die Quecksilberkur bei vorzeitiger Nierensyphilis wegen der methodischen grossen Quecksilberdarreichung für gefährlich erachten. Er zieht die subkutane Behandlung mit löslichen Präparaten vor, weil sich die Aufnahmefähigkeit der Nieren gegenüber dem Queck-

silber steigert, nnd behauptet, dass von vorneberein die unlöslichen Quecksilbersalze verworfen werden müssen, weil sie leicht eine Überschwemmnng des Blutkreislaufs mit Quecksilber hervorrufen können, da bei ihnen bisweilen eine grössere Menge in den Blutkreislauf gelangt, als die veränderten Nieren anfznnehmen vermögen. (Ve.)

In einem weiteren Falle handelt es sich um eine 20jährige Patientin Malherbes (6) die nm oder in der Zeit der Konzeption mit Lues infiziert wurde. Die Gebnrt war vorzeitig (7½ Monat), das Kind blieb am Leben. Nach der Gebnrt wnrde zunächst eine Phlebitis an der linken unteren Extremität bemerkt, dann ausgedehnte Ulzerationen der Vulva, während gleichzeitig eine Urethralgonorrhöe bestand.

Drei Tage nach Beginn der Behandlnng (Pilulae protojodnratae) tritt ein Ödem der Knöchel, das bald trotz Aussetzens der Medikamente bis zur Mamma steigt. Der Urin enthält 15—28 ‰ Eiweiss. 15 Tage Snblimatinjektionen zn 4 g pro die drücken den Eiweissgehalt anf 1—2 ‰ herab. Die Kranke kommt durch, das Kind stirbt an einem intensiven Ausbruch von Lues.

Der Befund im Sediment hietet nichts Besonderes. (Vö.)

Das Syphilom der Niere gehört, wie Campbell (2) ansführt, zu den erst später auftretenden Erscheinungen hei Syphilis. Gewöhnlich befällt es nnr die eine Niere, und da wenig oder gar kein Harn aus dem vom gummatösen Prozess hefallenen Teile des Organs ausgeschieden wird, so liefert der klinische Befund im Harne nichts Typisches. In gewissen Fällen sind die Gnmmata gross und die unregelmässige Niere kann gefühlt werden. (Ch.)

Glaserfeld (5) wendet sicb gegen die Anfstellnng anatomischer und pbysiologischer Ähnlichkeiten zwischen Haut nnd Niereu. Die Schweissdrüsen besitzen einen Bau, der von dem der Glomeruli erheblich ahweicht. Ehenso sind die heiderseitigen Ausscheidnngen, Harn und Schweiss, chemiscb dnrcbaus verschieden, sobald man von ihrem Wassergehalte absieht. Wenn beide Organe sich in der Stärke ihrer Arbeitsleistung gegenseitig beeinflussen, so liegt das an Ausgleichvorrichtungen im Nervensysteme, die zur Aufrechterhaltung einer gleichmässigen Blntznsammensetzung bestehen nnd bei Krankheiten der Nieren letztere entlasten helfen. Glaserfeld spricht dann an der Hand einer Literatur von 248 Nummern jene Hautleiden dnrch, die mit Nierenstörungen einhergehen können. Nie wurde eine solche Krankheitsverbindnng beobachtet hei idiopathischer Hautatrophie, Lichen und Prurigo. Rein zufällig ist ein Zusammentreffen hei Dermatitis exfoliativa, Acanthosis nigricans und Ichthyosis. Voneinander unahhängig dürfte es aber auch sein hei Sklerodermie, Xanthom, Scabies, Pemphigus chronicus und Psoriasis. Zu Lupns erythematosus, Mycosis fungoides und Pityrasis ruhra vermag eine tödliche Nierenentzündung hinzuzutreten. Geradezu ausgelöst wird letztere in den meisten Fällen von Impetigo herpetiformis nnd mehr oder weniger häufig bei folgenden Entzündungen nnd Kreislaufstörungen der Hant: Erythemen, Urticaria, Odema circumscriptum acutum, Raynaudscher Krankheit, Purpnra, Ekzem und Pemphigus acutus. Die Nierenentzündung ist bei den genannten Leiden leicht und ihr Ausgang nur bei Pnrpura und Ekzem zweifelhaft. Glaserfeld möchte ihr Auftreten in der Hauptsache durch Giftwirknng erklären, nimmt jedoch nervöse Einflüsse mit zu Hülfe. Umgekehrt machen sich bei hereits vorhandener Nierenentzündung oft Hanterscheinungen geltend, meist aher erst spät. Bis auf den Pruritus bandelt es sich dabei wiederum

um jene Gruppe, die man als Entzündungen und Kreislaufstörungen der Haut zusammenfassen kann. Im Gefolge einer akuten Nierenentzündung wurden nur Pruritns und Urticaria beobachtet, bei chronischer dagegen Erytheme, Urticaria, Hautgangrän, Raynaudsche Krankheit, Purpura, Ekzem, Pemphigus (?), Dermatitis exfoliativa, Furunknlose nnd Pruritus. Die verschiedenen Formen der chronischen Nierenentzündungen scheinen keine Besonderheiten bezüglich der Hautkrankheiten darzubieten. Bemerkenswert ist andererseits, dass letztere in diesem Zusammenhange sehr schwer heilbar werden, und dass die Nierenbehandlnng sie mit beeinflusst. Die Giftstoffe, die infolge mangelhaften Ansscheidungsvermögens der entzündeten Nieren im Blute kreisen, dürften an den erwähnten Hantleiden schuldig sein. Auch die Widerstandskraft der Haut gegenüber von aussen her eindringenden Erregern ist herabgesetzt. (T.)

XLVIII.

Peripheres Nervensystem, Lues und Hautkrankheiten.

Bearbeitet von **Paul Krause-Jena**, mit einem Beitrage von **Churchman-Baltimore.**

Literatur:

1. Feiler, Erich, Über die bei Erkranknngen der Zähne anftretenden Reflexzonen der Gesichts- nnd Kopfhaut (nach Head) und ihre Beziehung zn Alopecia areata. Diss. Heidelberg.
2. Grinker, A case of peripheral nerve syphilis. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 45. 15. Juli. S. 177.
3. Klengel, Ernst, Ein Beitrag zur Lehre von normalen und pathologischen Fnsssohlenreflex. Diss. Leipzig.
4. Lerda, G., Sull' evoluzione della sensibilità nelle cicatrici. Rendiconto del l'Accad. dei lincei. XIV. 9.
5. Neisser, Emil, Zur Kenntnis der Blntungen bei Polyneuritis nlcoholica. Münch. med. Wochenschr. S. 2491.
6. Plehn, Fall von ausgedehnter Polyneuritis syphilitica mit gleichzeitigen Sekundärerscheinungen. Berl. med. Ges., 19. VII.
7. Redlich, E., Uber Steigerung der Hantreflexe auf der paretischen Seite bei organischen Hemiparesen. Nenrol. Zentr.-Bl. S. 395. 1. Mai.
8. Schindler. Frische Lues mit Abducensparese und Doppeltsehen bereits nach 3 Wochen. Breslauer dermat Verein., 6. VI.
9. Schläpfer, V., Eine eigentümliche Veränderung an den Fingernägeln bei einem Fall von Polyneuritis acuta. Korresp.-Bl. f. Schweiz. Ärzte, 15. Juni.
10. Schmiz, Carl, Znr Geschichte der örtlichen Gefühlslähmnng. Diss. Bonn.
11. Wechselmann, Fnll von Hemiatrophia facialis und starken gleichseitigen Teleangiektasien am Bein und Scrotnm mit Hypertrophie des Penis. Vereiu f. innere Med. in Berlin, 4. VII.

Vorstellung einer Patientin durch Plehn (6), welche an einer durch Lues bedingten multiplen Neuritis im Gebiete der Extremitätennerven, des Vagus, Phrenicus nnd Splanchnicus litt. Eine Calomelspritzkur besserte den Zustand recht erheblich. (K.)

Grinkers (2) Patient, ein Mann mit zweifellos syphilitischer Vergangenheit nnd mit zweifellos syphilitischen Kennzeichen, litt an rechtsseitiger Trigeminus-Neuralgie, rechtseitiger peripherischer Gesichtsneuritis, Neuritis des linken Hüftnervs nnd der linken vorderen Cruralnerven.

Nach antisyphilitischer Behandlnng zeigte sich keine Besserung. (Ch.)

In einem zur Sektion gekommenen Fall Neissers (5) von Polyneuritis alcoholica mit psychischen Störungen, kompliziert durch eine Tubercnlosis pulmonnm nnd Pleuritis, traten kurz vor dem Tode reichliche pnnktförmige bis linsengrosse Sntfusionen an der Streckseite beider Unterarme, weniger stark an der Volarseite nnd am Oberarme auf. Auch die Ober- und Unterschenkel waren mit Hautblntungen übersät; daneben fanden sich einige blntunterlanfene Hantblasen. Bei der Sektion wurden ansserdem noch Blutungen der serösen Häute nnd im Gehirne gefnnden.

In einem zweiten, klinisch beobachteten Falle fanden sich neben einem Deknbitalgeschwür Blutungen in die Hant und Bläscheneruptionen; an der Diagnose Polynenritis alcoholica bestand kein Zweifel. Auch geringe psychische Störungen waren vorhanden. (K.)

Bei einem 38jährigen Patienten Schläpfers (9) traten im Anschluss an eine starke Erkältung Symptome einer Nervenkrankheit mit Fieber von 39°—40°, dann ca. sechs Wochen von 38°, heftige Schmerzen im Genick nnd entlang dem Rückgrat, Druckempfindlichkeit der Wirbelsänlegegend in den unteren Cervikal- und oberen Dorsalsegmenten, Druckempfindlichkeit längs des Verlaufes der Hantnerven anf, keine Sensibilitätsstörungen, keine Blasen-Mastdarmstörung, aber Paresen in den unteren Extremitäten, welche Schläpfer für eine Polyneuritis acuta erklärt. In der dritten Krankbeitswoche entstand eine Veränderung der Nägel: Die Gegend der Nagelwurzel wurde brüchig und spröde, wie aufgefasert, nnd zeichnete sich mit ziemlich scharf gezackter, scbwach-bräunlicher Linie gegen die vordere gesnnde Partie des Nagels ab. Dieses Phänomen war an allen Fingern in ziemlich derselben Intensität vorhanden. Anfangs an der Wurzel, dann in der Mitte und schliesslich am Ende der Nagelaffektion deutete die krankhafte Stelle den Verlauf der Polyneuritis an. Die Zehennägel blieben frei von dem Leiden. Schläpfer sucht die Ursacbe der Nagelerkrankung in einer Veränderung des Nervus sympathicns. (K.)

Schindler (8) stellt eine Frau mit sekundärer Lues (Roseola) vor, welche während der Quecksilberkur eine linksseitige Abducenslähmung bekam, verbunden mit Schwindel und starken Kopfschmerzen. Unter weiterer Hg-Behandlung gingen die Symptome innerhalb von zwei Wochen prompt zurück. (K.)

Redlich (7) fand in sieben Fällen von Hemiparesen, bedingt durch organische Hirnläsionen, trotz Steigerung der Patellarreflexe, trotz vorhandenen Babinskiscben, Strümpellschen Pbänomens, die Hautreflexe im Gegensatze zu der Norm, auf der hemiparetischen Seite nicht fehlend oder herabgesetzt, sondern entweder durchwegs lebhafter als auf der gesunden Seite, oder es waren einzelne Reflexe herabgesetzt, andere gesteigert. Redlich, welcher die Annahme eines kortikalen Reflexbogens der Hautreflexe den über dieselben bekannten physiologischen und pathologischen Eigenschaften am besten entsprechend findet, sucht diesen auffallenden Be-

fund durch Reizzustände im Cortex, vielleicht der zu- und abführenden Bahnen zu erklären. (K.)

Wechselmann (11) stellt einen 24jährigen Patienten vor, welcher an Hemiatrophia facialis mit gleichzeitiger Entwickelung von Teleangiektasien am gleichseitigen Beine und der dazu gehörigen Skrotalhälfte nebst Hypertrophie des Penis litt. (K.)

XLIX.

Lues und Zentralnervensystem nebst Grenzgebieten nach der Dermatologie hin.

Bearbeitet von **Spielmeyer**-Freiburg i. Br. (im Auftrage von **Hoche**-Freiburg i. Br.), mit Beiträgen von **Churchman**-Baltimore, **Hudovernig**-Budapest, **Krysinski**-Warschau (im Auftrage von **v. Watraszewski**-Warschau), **Müllern-Aspegren**-Stockholm, **Ostwalt**-Paris, **Schiele**-St. Petersburg, **Selenew**-Charkow, **Tailquist**-Helsingfors, **Verrotti**-Neapel (im Auftrage von **De Amicis**-Neapel) und **De Vries**-Amsterdam.

Literatur:

1. Adam, Tâches cérébrales Trousseaus in ihrer Bedeutung für die Frühdiagnose der Meningitis basilaris tuberculosa. Münch. Ges. f. Kinderheilk. 7. VII.

1a. Alcfeld, Hermann August, Zwei Fälle von Herpes zoster bei Tabes dorsalis. Diss. München.

2. Alzheimer, Progressive Paralyse und endarteriitische Hirnlues. Deutscher Verein f. Psychiatrie. 29. IV.

3. Barrett, A. M., Disseminated syphilitic encephalitis. Amer. Journ. of the med. Scienc. März.

4. Baum, Fall von neurotischer Dermatitis (mit Diskussion von Pinkus, Kromeyer, Lesser, Rosenthal, Wechselmann, Ledermann). Verhandl. der Dermatol. Ges. 10. 1.

5. Bertolotti, Tabe ereditaria tardiva per sifilide congenita. Riforma medice. Nr. 4.

5a. Broglio, O., Syringomyelie und Morvansche Krankheit. Morgagni. Nr. 6.

6. Camp, C. D, The difficulty of diagnosticating between tabes and cerebrospinal syphilis. University of Pennsylvania med. Bull. Juli, August.

7. Camus, C., Les amyotrophies myélopathiques à type Aran-Duchenne d'origine syphilitique. Thèse de Lyon.

8. Dauchez, H, Syphilis cérébrale précoce avec exophtalmie chez l'enfant et chez l'adolescent. Arch. de méd. des enfants. März.

9. Dediurin, J. P., Über Gehirnsyphilis. Russisches Journal der Haut- und venerischen Krankheiten. T. 10. Oktober.

10. Determann, Bemerkungen zur Frühdiagnose und Frühbehandlung der Tabes dorsalis als einer „Aufbrauchkrankheit." Deutsche med. Wochenschr. S. 532.

11. Diedrichson, W., Slutschai gisteritscheskich artralgij u sifilitika. (Hysterische Arthralgien bei einem Syphilitiker). Shurnal koshnych i weneritscheskich bolesnei. (Journal für Haut- und Geschlechtskrankheiten.) T. IX. Nr. 6.

12. Derselbe, O parasifilititscheskoi epilepsij. (Über die parasyphilitische Epilepsie.) Wojenno-Medizinskij Shurnal. (Militär-Medizinisches Journal.) Nr. 2. (Nichts Bemerkenswertes.) (Schiele.)

13. Dorléans, G., Coexistence d'accidents syphilitiques tertiaires avec le tabes et la paralysie générale. Thèse de Paris.

14. Dougherty, W. J., Syphilitic spinal paralysis, with special reference to the type described by Erb. Mod Record. Bd. 68. 5. August. S, 205.
15. Drevon, P., Du traitement du tabes par les injections de calomel. Thèse de Lyon.
16. Dreyer, Fall von maligner Lues. (Anfall von Aphasie, Menièrescher Symptomenkomplex im Frühstadium.) Verhandl. der Berliner Dermatol. Ges. 14. III. (Mit Diskussion von O. Rosenthal, Buschke, Hoffmann.)
16a. Dultz, Ernst, Ulcera cutanea bei Hysterie. Diss. Jena.
17. Dupuis-Dutempe. Sur une forme spéciale d'atrophie de l'iris au cours du tabes et de la paralysie générale. — Ses rapports avec l'irrégularité et les troubles réflexes de la pupille. (Über eine besondere Form von Irisatrophie im Verlaufe der Tabes und der progressiven Paralyse. — Ihre Beziehungen zu den Pupillenverzerrungen und zu den Störungen des Pupillarreflexes.) Ann. d'Oculistique. Bd. CXXXIV. S. 190.
18. Edinger, L. Die Aufbrauchkrankheiten des Nervensystems. IV. Tabes, Opticusatrophie, Paralyse, die angeborenen und die hereditären Nervenkrankheiten. Deutsche med. Wochenschr. S. 4, 135
19. Edwards, G. P., Tabes dorsalis. Tennessee State med. Assoc. 11.—13. IV.
20. Etchepare, B., Anomalias del sistema nervioso en un alienado · sifilis cerebral. Rev. med. del Uruguay. April.
21. Faworsky, A., Die trophischen Störungen der Haut und der Schleimhäute bei Hysterie. Wiener med. Bl. S. 71.
22. Fischler, Über die syphilogenen Erkrankungen des zentralen Nervensystems und über die Frage der „Syphilis à virus nerveux." Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd 28. S. 438.
23. Fournier, La paralysie générale d'origine syphilitique. Acad. de méd. 28. Februar.
24. Fratini, G., Note cliniche all'etiologia e al decorso della tabe. Gazz. degli osped. 29. Oktober.
25. Fuchs, Alfr., Alter Luiker mit Tabes. Ges. der Ärzte in Wien. 23. VI.
26. Garnier, S. et Santenoise, A., Réflexions sur un cas nouveau de paralysie générale conjugale d'origine syphilitique. Arch. de neurol. Febr.
27. Gianelli, A., Sulla tabe giovanile. Riforma med. 25. März.
28. Götzl, A. und Erdheim, J., Zur Kasuistik der trophischen Störungen bei Hirntumoren. Zeitschr. f. Heilk. Bd. 26. S. 372. Abt. f. interne Medizin
29. Goldberger, Markus, Dementia paralytica családi esetei. (Fälle von familiärer Dementia paralytica.) Elme- és Idegkórtan. Nr. 3. S. 183. Beilage des Orvosi Hetilap. Nr. 46.
30. Guillain et Thaon, Sur une forme clinique de syphilis du névraxe, intermédiaire aux myélites syphilitiques, au tabes et à la paralysie générale. Soc de biol. 14. Jan.
31. Hallopeau, La paralysie générale d'origine syphilitique. Acad. de méd. 14 mars. (Diskuss: Lancereaux.)
31a. Harder, Hans, Ein Beitrag zur Paralysis spinalis luetica. Diss. Jena.
32. Heiberg, P., Et tilfälde af Myxoedema kompliceret med et bullöst Hudndslet. (Ein Fall von Myxödem mit einer bullösen Hauteruption kompliziert.) Ugeskrift f. Läger. S. 397.
32a. Heinrich, Alois Eduard, Über Tabes dorsalis im jugendlichen Alter. Diss. Erlangen.
33. Herter, Ein Fall von akutem angioneurotischem Ödem. Deutsche med. Wochenschr. S. 1893.
34. Hirtz, E et Lemaire, H., Etude critique sur le tabes infantile juvénile. Rev. neurol. 15. März.
35. Joffroy, M., La paralysie générale d'origine syphilitique. Acad. de méd. 7. März u. 11. April (Diskuss.: Raymond und Hallopeau.)
36. Kampherstein, Beitrag zur Pathologie und Pathogenese der Stauungspapille. Klinischer Teil. Lues cerebri. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 43. Jahrg. S. 461. Bd. 1.
37. Köster, Fall von progressiver Paralyse, kombiniert mit spätluetischen Hautaffektionen und einseitiger spinaler Muskelatrophie. Med. Ges. zu Leipzig. 31. I
38. Krause, F., Beiträge zur Pathologie der Jacksonschen Epilepsie und zu ihrer operativen Behandlung. Berliner klin. Wochenschr. Festnummer für C. A. Ewald. S. 70.
39. Kuhn, E., Tabes und Paralyse in Beziehung zur Quecksilberbehandlung der Syphilis. Allg. med. Zentr.-Ztg S. 723. 23. September.
40. Lajoue, A. Ch, Contribution à l'étude de la myélite syphilitique. Thèse de Nancy.

41. Lambrior, A. A., Syphilis et paralysie générale. Bull. de la Soc. dee méd. et natural. de Jassy, Mai, Jnni.
42. Derselbe, Un cas de syphilie cérébrospinale revêtsnt la forme Aran-Duchenne. Bull. de la Soc. des méd. et natnral. de Jassy. Mai, Jnni.
43. Leredde, A propos de la syphilis dn cerveau. Rev. prat. des mal. cnt., syph. et vén. S. 362.
44. Derselbe, La question des injections mercurielles en particulier dans le tabes et la paralysie générale. Rev. prat. des mal. cut., syph. et vén. S 330.
45. Derselbe, Le débat sur la paralysie générale à l'Académie de médecine, Claude Bernard et les etatistiques. Rev. prat. des mal. cnt., syph. et vén. S. 222.
46. Dereelbe, Le rôle du système nervenx dans les dermatoses. Rev. prat. dee mal. cnt., syph. et vén. S. 400, 407.
47. Marchand, L., Du rôle de la syphilis dans les maladies de l'encéphale. (Selbständig erschienen.)
48. Martial, R., Compte rendn analytiqne de la commnnication de M. le Pr. Fournier snr la paralysie générale de la syphilis à l'Académie de médecine et de la discussion. Rev. prat. des mal. cut., syph. et vén. S. 161.
49. Merzbacher, Die Beziehung der Syphilis zur Lymphocytose der Cerebrospinalflüssigkeit und zur Lehre von der „meningitischen Reiznng". Zentralblatt für Nervenheilkunde n. Psychiatrie. S. 499.
50. Dereelhe, Auftreten von Lymphozyten in der Spinalflüssigkeit nach syphilitischer Infektion XXX. Wandervers. der südwestdeutschen Neurologen n. Irrenärzte.
51. Monro, T. K., 2 cases of nnilateral convulsions and paralysis in young subjects associated with exsudative erythema. Brit. med. Journ. 27. Mai.
52. Moore, J. P., Epilepsy of syphilitic origin. Journal of the American medical Association Bd. XLIV. S. 1855.
53. Motet, La paralysie générale d'origine syphilitique. Acad. de méd. 28. März. (Diskuss.: Cornil, Raymond, Fournier)
54. Niedner, Über die Cytodiagnose Gesellsch. der Charité-Ärzte in Berlin. 12. I.
55. Derselhe, Über die Cytodiagnose. Wiener med. Bl. S. 327.
56. Nonne, Präparate von chronischer Syphilis des Zentralnervensystems (Erbs syphilitischer Spinalparalyse.) Ärztl. Verein in Hamburg, 13. VI.
57. Derselbe, Präparate von Meningomyelitis luetica. Ärztl. Verein in Hamburg, 7. III.
58. Paqnet, A., Sur un cas de myélite syphilitique précoce. Echo méd. du Nord, 28. Mai.
59. Piazza, A., La cura mercuriale della tabe. Policlinico, partie med., XII. 1.
60. Porot, A., La question des injections mercurielles dans le traitement de la syphilis nervense. Thèse de Lyon.
61. Raschkow. Kombination von Psychose nnd Hantkrankheit. Dermatol. Zeitschr. S. 77.
62. Rauschke, Tabes dorsalis mit Herpes zoster. Psychiatr. Verein zn Berlin, 18. III. (Disknss.: Seiffer).
63. Raymond, M., La paralysie générale d'origine syphilitiqne. Acad. de méd., 18. April. (Diskuss.: Fournier, Lancereaux.)
64. Reiche, F., Pulsierende Varizen an der Stirn bei abnormem Hirnsinus. Münch. med. Wochenschr. S. 1544.
65. Rhein, J. H. W., A case of syphilitic encephalitis and double hemiplegia with necropsy. Philadelphia neurolog. Soc., 25. IV.
66. Rodhe, Einar, Mitteilungen betreffs der Tabesforschungen der letzten Jahre. Hygiaea. (Ist eine Literaturübersicht) (Müllern-Aspegren.)
67. Roemheld, Korsakowscher Symptomenkomplex bei Hirnlues. XXX. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen u Irrenärzte.
68. Roscher, Frisches syphilitisches Exanthem mit durch die Lueseruption ausgelöster hysterischer Paraplegie (mit Diskussion von Kromayer, Lesser, M. Bloch.) Verhandl. der Berliner Dermatol. Ges., 10. I.
69. Rosenbach, O., Zum Problem der Ätiologie der Tabes. Therapeut. Monatsh. S. 111 (mit Bemerkungen hierzu von Wilh. Croner. S. 257.)
70. Samnel, Tabische Arthropathie des rechten Fusses bei einem Syphilitiker. Wissenschaftl. Verein der Ärzte zn Stettin, 7. II. (Disknss.: Lichtenauer, Grunewald).
71. Samnel, Fall von tabischen Arthropathien bei einem Syphilitiker. Wissenschaftl. Verein der Ärzte zu Stettin, 20. VI.

71a. Schütze, Ulrich, Ein Fall von einseitiger isolierter totaler Okulomotoriusparalyse auf luetischer Basis. Diss. Kiel.
72. Seifert, Fall von Tabes und sehr ausgebreiteten atrophischen Lähmungen bei einem Luetiker. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Dresden, 4. II.
73. Seiffer, Differentialdiagnose von Hirnsyphilis und Dementia paralytica. Ges. der Charité-Ärzte in Berlin, 20. VII.
74. Simon, Epilepsie, délire alcoolique, mélancolie, tentative de suicide et paralysie générale chez le fils d'une mère alcoolisée, d'un père suicidé, lui-même étant syphilitique et alcoolique. Arch. de neurol., Febr.
75. v. Sipocz, Géza, A conjugális paralysis. (Über konjugale Paralyse.) Elme- és Idegkórtan. Nr. I. S. 40. Beilage des Orvosi Hetilap. Nr. II.
76. Smit, J. A. Roorda, Eenige gevallen van Lues cerebri. (Einige Fälle von Lues cerebri). Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde II.
77. Derselbe, Quelques observations sur la syphilis du cerveau. Rev. prat. des mal. cut., syph. et vén. S. 362.
78. Sobel, J., A case of syphilitic pseudo-paralysis. Med. News, 29. April, and New York Acad. of Med., Sect. on pediatr., 9. II. (Diskuss.: Herrman, La Fétra).
79. Spielmeyer, Über familiäre amaurotische Idiotieen bei väterlicher Lues. XXX. Wandervers. der südwestdeutschen Neurologen u. Irrenärzte.
80. Steiner, Michael, Betrachtungen über „Progressive Paralyse“. Fortschr. der Medizin. S. 729. (Nichts Neues). (Spielmeyer.)
81. Steinert, Tabes mit halbseitiger Atrophie der Zunge. In der Anamnese Lues. Med. Ges. zu Leipzig, 6. VI.
82. Sternberg, Carl und Zak, E., Gumma des fünften Halswirbels mit gummöser Pachymeningitis. Ges. f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien, 7. XII.
83. Ströbe, H., Über ein Gummi der Hypophysis nebst Bemerkungen über Riesenzellen und Tuberkelstrukturen. Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allgem. Pathol. Bd. 37. S. 455.
84. Trzciński, T., Zapobieganie sprawom parasyfilitycznym. (Die Verhütung parasyphilitischer Erscheinungen). Medycyna Nr. 26. S. 514. Nr. 27. S. 535. Nr. 28. S. 557. Pamiętnik Taw. Lek. Z. I. S. 192.
85. Vogt, H. und Franck, O., Über jugendliche Paralyse. Deutsche med. Wochenschr. S. 786.
86. Vorkastner, Willy, Über Schwierigkeiten der Indikationsstellung zur Operation bei Jacksonscher Epilepsie. Berliner klin. Wochenschr. S. 458, 786.
87. Voss, Beitrag zur operativen Behandlung des Hirngumma (und der syphilitischen Schädeldachnekrose). Dermatol. Zeitschr. S. 447.
88. Wagner, Lues des Zentralnervensystems. Breslauer dermat. Verein., 12. I.
89. Wendo, Beitrag zur Kasuistik der Seelenstörungen im Sekundärstadium der erworbenen Syphilis in Form eines motivierten Gutachtens. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin u. öffentl. Sanitätswesen. Bd. 29. S. 60.
90. Wendenburg, Psychische Erkrankung bei Zeichen organischer Hirnerkrankung (Lues?) ohne weitere Symptome von Paralyse. Verein der Irrenärzte Niedersachsens u. Westfalens. 6. V.
91. Westphal, Über die Differentialdiagnose der Dementia paralytica und der Lues cerebri. Psychiatr. Verein der Rheinprovinz, 17. VI.
92. Wolters, M., Eigentümliche Veränderungen in der Haut über einer Meningocele. Dermatol. Zeitschr. S. 427.
93. Zappert, Ein hereditärer Lues verdächtiges sechsjähriges Kind mit progressiver Paralyse. Ges. f. innere Medizin u. Kinderheilk. in Wien, pädiatr. Sektion, 18. V.
94. Ziehen, Psychische Begleitsymptome der Hirnsyphilis. Verein f. innere Medizin in Berlin, 23. I.

Es kann hier nur mit allem Nachdruck auf die ausgezeichneten Ausführungen des Frankfurter Neurologen Edinger (18) über die von ihm begründete Aufbrauchlehre hingewiesen werden. Gerade für die Klinik und Pathologie der Lues und ihre nervösen Nachkrankheiten ist die Aufbrauchtheorie von besonderer Bedeutung. Sie erklärt manches, was in der Gifttheorie keine Erklärung findet. Hier ist sie besonders für die Tabes, die Paralyse, die Optikusatrophie durchgeführt. Für diese nervösen Aufbrauchkrankheiten gibt Edinger die Erklärung: es

fehle hier infolge einer Giftwirknng an genügendem Ersatz für den Verbrauch, der durch die normale Funktion geschieht. (Sp.)

Determann (10) weist darauf bin, wie wesentlicb die Lehre Edingers von den Anfbrauchkrankheiten für eine erfolgreiche Behandlung beginnender Tabes sei. (Sp.)

Eine recht lesenswerte Arbeit liefert Fischler (22) an der Heidelberger Klinik (Erb). Auch sie gibt der von Erb begründeten Anschauung von der metasyphilitiscben Natur der Tabes und Paralyse neue sichere Stützen und erörtert dann in kritischer Weise die Frage, ob es eine besondere Art des syphilitiscben Virus gäbe, die eine spezifische Affinität zum Nervensystem babe. (Sp.)

Von 26 Kranken Merzbacbers (49, 50) aus der Heidelberger Irrenklinik, die sich früher syphilitiscb infiziert hatten und die zur Zeit der Untersucbung keinerlei Zeichen einer organischen Erkrankung des Zentralnervensystems boten, hatten 23 (also 89,7%) eine beträchtliche Vermehrung der zelligen Elemente in der Cerebrospinalflüssigkeit. Verdacht einer beginnenden Paralyse oder Tabes bestand bei keinem dieser Fälle. Es kann also die syphilitische Noxe, auch unabhängig von den klinischen Symptomen der Sypilis, eine Hyperlymphozytose erzeugen. (Sp.)

Bei Tabischen sei die Lympbozytose der Cerebrospinalflüssigkeit inkonstant: bei luetischen Hemiplegien hat Niedner (54, 55) sie regelmässig gefunden. Niedner hat auch versucht auf experimentellem Wege bei Tieren Lymphozytose zn bewirken. (Sp.)

Auf Grund seiner eigenen und Homens Kasuistik kommt Trzeiriski (84) zum Schluss, dass eine sorgfältige Behandlnng der Syphilis rec. (7—8 Einreibungskuren im Verlaufe von 2½—3 Jabren) wenn nicbt vollständig vorzubengen, dennoch die Möglichkeit des Auftretens von Paralysis progressiva oder Tabeserscheinungen zu vermindern imstande ist. (K.)

Der Fall Wendes (89) über Seelenstörungen bei Lues hat im wesentlichen nnr forensiscb-psychiatrisches Interesse. (Sp.)

Ziehen (94) bespricht die postsypbilitische Demenz, die ebenfalls auf dem Boden der Hirnlnes sich entwickelnden Zustände von Sopor und Somnolenz, ferner die akuten Hallucinosen, Dämmerzustände, die Korssakow ähnlichen Symptomenkomplexe. Seltener sind bei Hirnlues solche psychischen Störungen, die klinisch in das Gebiet des zirkulären Irreseins nnd der chronischen Paranoia gehören. Häufig beobacbtet man psychisch-nenrasthenische Znstände, bei denen die Pupillenstarre vielfach das einzige körperliche Begleitsymptom ist. Quecksilberkur erwies sich in solchen Fällen wenig günstig; diese Kranken sind in erster Linie als Neurastheniker zu behandeln. (Sp.)

Mitteilung und differentialdiagnostiscbe Erörterung eines Falles von psycbischen Störungen bei Hirnerkrankung durch Wendenburg (90), der lediglicb psycbiatrisches Interesse hat. (Sp.)

Vier Geschwister, die Spielmeyer (79) beobachtete, erkrankten alle im gleichen Lebensalter und unter den gleichen Symptomen (epileptiscben Anfällen, rasch fortschreitender Verblödung, progressiver Sebschwäcbe). Nur das älteste Kind dieser Familie blieb gesund. Nach dessen Geburt soll sich der Vater syphilitisch infiziert baben. Ausser dieser anamnestischen Angabe liessen sich sonst klinisch und anatomiscb keine sicberen Anhaltspunkte für die syphilitische Genese der eigen-

artigen, bisher unbekannten Krankheit anffinden. Histologisch ist sie vor allem gekennzeichnet durch eine besondere Ganglienzellerkrankung. (Sp.)

Smit (76, 77), Professor der Augenheilkunde in Cordoba, Argentinien, referiert über 27 Fälle von Hirnsyphilis, welche er in 23 Jahren beobachtete. Er betont das seltene Vorkommen schwerer Initialerscheinungen. Stauungspapille wurde siebenmal gefunden; Ptosis sechsmal; einseitige und doppelseitige Ophthalmoplegia totalis je einmal; Abducenslähmung einmal. Ein Fall bietet ein besonderes Interesse dadurch, dass eine typische einseitige Keratitis parenchymatosa ausgelöst wurde infolge einer oberflächlichen Hornhautverletznng durch Kohlestückchen. (de Vr.)

Dedinrin (9) berichtet über vier Fälle von Gehirnsyphilis. Im ersten Falle, bei 30jährigem Arbeiter, entwickelte sich eine spezifische Hemiplegie nach 7½ Monaten vom Anfange der Infektion; im zweiten rechtsseitige Paralyse und Exitus letalis nach 14 Monaten; im dritten Akkommodationslähmung und Pupillenerweiterung des linken Auges nach zwei Jahren und vier Monaten, und im vierten Falle eine syphilitische Affektion des N. opticus und N. trigeminus im sechsten Monate nach der Infektion. (Se.)

Zwei Fälle Westphals (91), in denen sich auf syphilitischer Basis langsam verlaufende Psychosen mit manischer Erregung und Grössenwahn entwickelt haben. In dem einen Falle bestanden Symptome von Hinterstrangerkrankung, in dem anderen solche einer vorwiegenden Affektion der Seitenstränge. Znr Paralyse gehören solche Prozesse nicht; wahrscheinlich reihen sie sich in die von Nissl nnd Alzheimer beschriebene Gruppe von Hirnlues ein, die charakterisiert ist durch Veränderungen der kleinen Gefässe. (Sp.)

Der Fall Dreyers (16) ist interessant wegen des frühen Auftretens schwerer zerebraler Störnngen. 1½ Monate nach dem Manifestwerden der Lues tritt plötzlich eine passagere motorische Aphasie auf: Zwei Monate später entwickelt sich ein schwerer, dem Menièreschen Krankheitsbilde entsprechender Symptomenkomplex. Wahrscheinlich ist letzterer auf eine spezifische Erkrankung des nervösen Gehörorganes zurückznführen. Die Therapie schien den so ausserordentlich malignen Prozess nicht in hinreichendem Masse zu beeinflussen. (Sp.)

Römheld (67) zeigte einen mit körperlich nervösen Ausfallserscheinungen kombinierten Zustand schwerer Merkfähigkeitsstörung mit mangelhafter Orientierung und Neigung zur Konfabulation. Unter einer spezifischen Behandlung besserten sich die neurologischen Symptome (Fazialisschwäche, einseitige Schwäche des Patellarreflexes etc.); der psychische Zustand war nach zwei Monaten unter dem Einfluss der Behandlung (Traitement mixte) völlig normal, für die Zeit der Erkrankung bestand Amnesie. Alkoholismus war auszuschliessen; als Ursache des Korssakowschen Symptomenbildes sieht Römheld deshalb Hirnlues an. (Sp.)

Unter 200 Fällen von Stauungspapille (der Uhthoffschen Klinik) fand Kampherstein (36) sie 27 mal bei Lues cerebri. (Sp.)

Dupuis-Dutemps (17) macht (freilich nicht als der erste) auf eine eigentümliche Veränderung der Regenbogenhaut nnd der Pupille aufmerksam, die sich in ziemlich vielen Fällen von Tabes und progressiver Paralyse und überhaupt bei alter hereditärer nnd erworbener

Syphilis vorfände. Es ist das eine sektorenförmige Atrophie und dementsprechende Reaktionslosigkeit der Pupille, die eine partielle Entrundung dieser letzteren zur Folge hat. Verf. meint, dass es sich da um eine Läsion einzelner hinterer kurzer Ciliarnerven handle. (O.)

Mitteilung zweier Fälle von Hirngummi durch Voss (87). Der erste Fall ist vor allem dadurch interessant, dass hier eine ausgedehnte gummöse Geschwulst des Stirnhirnes mit Verlötung der Dura und des Knochens ohne alle Symptome seitens des Gehirnes blieb. Aucb der operative Eingriff in die Hirnsubstanz hatte keine sichtbaren Ausfallserscheinungen zur Folge. Die 71 jährige Patientin starb an einer hypostatischen Pneumonie. — Im zweiten Falle wurde dnrch Entfernung von luetischen Sequestern aus dem linken Scheitelbein eine Beseitigung der schweren zerebralen Symptome (Schwindel, Sprachstörungen) erzielt. (Sp.)

Ausser gummösen Erkrankungen verschiedener Organe ist im vorliegenden Falle Ströbes (83) besonders der gummöse Tumor der Hypophysis bemerkenswert, der klinische Symptome, wie sie sonst häufig bei Hypophysistumoren gefunden werden, nicht erzeugt hatte. Ströbe betont die Wichtigkeit echter Riesenzellen im histologischen Bilde hier und ihre syphilitische Natur. (Sp.)

Die histologischen Kennzeichen einer ziemlich seltenen endarteriitischen Form von Hirnlues sind von Nissl zuerst beschrieben und von Alzheimer (2) bestätigt; es sind das Wucherungsvorgänge an den kleinen und kleinsten Gefässen des Gehirns, Bildung riesiger Endothel- und Adventitialzellen, Vermehrung der Elastika, Neubildung zahlreicher Gefässe; dabei fehlen eigentliche Infiltrationszellen (Plasmazellen, Lymphozyten). Klinisch ist diese Krankheit noch wenig gekannt. Die klinischen Bilder nähern sich denen der progressiven Paralyse. Gegenüber dem viel allgemeineren, gleichmässigeren Blödsinn der Paralytiker fällt hier oft das Erhaltenbleiben einzelner Leistungen auf. Einzelne klinischdiagnostizierte Fälle dieser endarteriitischen Hirnlues reagierten gut auf eine antiluetische Kur. (Sp.)

v. Sipöcz (75) konnte bei drei Ehepaaren, wo beide Gatten an progressiver Paralyse erkrankten, eine vorangegangene syphilitische Infektion unzweifelbaft, bei einem vierten Ehepaare, wo der Gatte an Paralyse, die Frau an Tabes erkrankte, die Sypbilis mit Wahrscheinlichkeit nachweisen (im vierten Falle war die Frau früher Puella publica). Überdies kam in sämtlichen Fällen noch die geistige Überanstrengung in Betracht. (H.)

M. Goldberger (29) teilt neun Krankengeschichten solcher Paralytiker mit, wo in der Familie bereits an progressiver Paralyse erkrankte Individuen vorkamen. In 36,5 % der Fälle war erbliche Belastung nachweisbar. Goldberger betont, dass in der Ätiologie der progressiven Paralyse der Belastung eine grössere Rolle zukommt, als allgemein angenommen wird, doch vermag diese allein keine Paralyse zu erzeugen, ebensowenig wie die übrigen ätiologischen Faktoren allein. Die unstreitig häufigste Ursache der progressiven Paralyse ist die Syphilis. (H.)

Beginn der progressiven Paralyse bei dem Falle Zapperts (93) im fünften Jahre. Wahrscheinlich hereditär-luetische Grundlage. Rasch zunehmende Verblödung, allmählicher Verlust der Sprache, Lichtstarre der Pupillen. (Sp.)

Die interessante Mitteilung Kuhns (39) beweist eindringlich, wie notwendig eine wirklich ausreichende Behandlung der Syphilis mit Quecksilber zur Prophylaxe metasyphilitischer Erkrankungen ist. Unter 122 Fällen von Paralyse oder Tabes, bei denen 88 mal Lues sicher nachgewiesen war, war 15 mal überhaupt kein Quecksilber angewandt worden; 59 Kranke hatten höchstens eine (und noch dazu meist sehr ungenügende) Kur durchgemacht, nur drei waren mehr als 2 mal mit Quecksilber behandelt worden. (Sp.)

Der Fall Kösters (37) ist bemerkenswert durch die degenerative Atrophie der kleinen Handmuskeln links, die Vortragender als die Folge eines medullären syphilitischen Erweichungsherdes auffasst. (Sp.)

Die epileptischen Krämpfe traten in Moores (52) Falle erst auf, als Patient erwachsen war, sie verschwanden nach antisyphilitischer Behandlung. Die Bewegungen befielen erst das Gesicht, dann die oberen Extremitäten, darauf die Beine und schliesslich den ganzen Körper; sozusagen ein Beispiel von der Reihenfolge, die als für Syphilis charakteristisch von Charcot aufgestellt worden sind. Diesem zufolge verlaufen syphilitische Krämpfe niemals in der Anordnung: Bein, Gesicht und Arm, oder Arm, Bein und Gesicht. (C.)

Eine nervös belastete Patientin Poschers (68), die schon früher an Krämpfen gelitten, bekommt eine typische hysterische Abasie und Astasie, die mit dem Auftreten des luetischen Exanthems entstand und sich parallel dem Schwinden der syphilitischen Erscheinungen besserte. An der rein funktionellen, hysterischen Art der Lähmung kann wohl nicht gezweifelt werden. (Sp.)

Didrichson (11) teilt einen Fall von Syphilis mit, in dem neben einer Reihe anderer Symptome der Hysterie (anästhetische Zone, Abwesenheit der Reflexe von Haut, vom Rachen, Parästhesien etc.) hysterische Gelenkschmerzen der oberen und unteren Extremitäten existierten. Eine spezifische Misch-Therapie (Hydrargyrum und Jod) blieb ohne Resultat. (Se.)

Die Präparate Nonnes (57) stammen von einem 45 jährigen Mann, der sich vor 26 Jahre syphilitisch infiziert hatte. Sorgfältige Behandlung der Syphilis. Gesunde Kinder. Die zum Tode führende Rückenmarksaffektion begann mit Paraparese der Beine, Blasen- und Mastdarmstörungen. Antiluetische Kur ohne Erfolg. Patellare schwanden. Exitus. Anatomisch: typische Meningomyelitis, gummöse Meningitis am Pons, initiale Tabes. (Sp.)

Bertolotti (5) beschreibt zwei Fälle von Tabes hereditaria tardiva infolge kongenitaler Syphilis, bei denen die Tabeserscheinungen sich erst im Mannesalter entwickelten. Die Seltenheit analoger Fälle in der Literatur beweist nicht etwa, dass sie in Wirklichkeit nicht existieren, oder dass Fälle von auf ererbter Syphilis beruhender Tabes ungewöhnliche Formen der Tabes darstellen; die Seltenheit deutet darauf hin, dass man bei einem an Tabes erkrankten Erwachsenen nicht an den Einfluss einer so weit zurückliegenden ererbten Syphilis zu denken pflegt. Anstatt also, dass man Fälle von lokomotorischer Ataxie ohne syphilitische Grundlage anführt, und in der Reihe der Tabesfälle Trauma, Alkohol, Blei als Ursachen angibt, dürfte es sich als nützlich erweisen, vorher über die Antezedentien des Kranken genau sich zu informieren und den erblichen Einfluss der Syphilis mit in Betracht zu ziehen. (Ve.)

Steinert (81) zeigte eine typische Tabes, bemerkenswert durch die sehr ausgesprochene Augenmuskellähmung (doppelseitige Abducensparese, linksseitige Trochlearis- und Okulomotoriuslähmung) und durch die halbseitige Atrophie der Zunge. In der Anamnese Lues. (Sp.)

Die atrophischen Lähmungen in Seiferts (72) Fall betrafen hier vor allem den Cucullaris, den Serratus anticus, die Ulnarismuskulatur (Klauenhand). Ob diese atrophischen Lähmungen zentralen oder peripherischen Ursprunges sind, lässt Verf. unentschieden. Der günstige Einfluss einer energischen Inunktionskur beweist ihre luetische Ätiologie. (Sp.)

Ein Bericht Doughertys (14) über zwei Fälle mit tödlichem Ausgang von Rückenmarkslähmung (Typus Erb) und die pathologischen Befunde für das Rückenmark in jedem der beiden Fälle. Daraus wird geschlossen, dass die sogen. Erbsche syphilitische Rückenmarkslähmung nicht notwendig mit einer organischen Erkrankung des Rückenmarks zusammenhängt. Der Hauptfaktor ist im Ergriffensein des Gefässsystems zu suchen. (Cb.)

Der von Nonne (56) besprochene Fall ergänzt die bisher nur spärlichen Kenntnisse von den anatomischen Grundlagen der Erbschen syphilitischen Spinalparalyse. Im unteren Dorsal- und Lendenmark fanden sich chronisch-sklerotische Herde, daneben eine akute absteigende Degeneration in den Gollschen Strängen. Die Gefässe waren endarteriitisch verändert. Klinisch bestand spastische Parese beider Unterextremitäten. (Sp.)

Ein Fall von Broglio (5a) zeigt, dass, ebenso wie die isolierten Erscheinungen, auch der ganze Symptomenkomplex der Morvanschen Krankheit eine besondere Art des unter dem Namen Syringomyelie bekannten Leidens darstellt; der Fall bringt also in dieser so lange und so viel erörterten Frage einen neuen Beweis zur Stütze der Theorie der Einheitlichkeit. (Ve.)

Die trophischen Störungen in dem von Götzl und Erdheim (28) mitgeteilten Falle bestanden in Ausfall der Pubes- und Achselhaare, Kleinerwerden der Schilddrüse und der Genitalien und in einer pemphigusartigen Dermatose. Die Sektion ergab einen karzinomatösen Tumor, der zum Teil an der Hirnbasis freilag, zum Teil in die Seitenventrikel und den dritten Ventrikel hineinreichte. (Sp.)

Ein 26jähriger Mann aus Reiches (64) Beobachtung hatte an der Stirn oberhalb der rechten Augenbraue eine bläulich verfärbte Hautpartie, die beim Vornüberneigen des Kopfes und bei Erregungen anschwoll, so dass eine etwa walnussgrosse, pulsierende Geschwulst entstand. Die Sektion ergab, dass ein dicker Knäuel dilatierter Venen in der Galea aponeurotica durch ein breites Emissarium direkt mit einem venösen, überzähligen Hirnsinus in Verbindung stand. (Sp.)

In einem Falle Raschkows (61) von Amentia (Meynert), deren Verlauf einen remittierenden Charakter hatte, trat regelmässig mit dem Übergang der Erregung in eine ruhige Phase eine Akne des Gesichts auf, die dann mit erneuter Zunahme der Erregung und der Angst wieder abblasste. Früher hatte die Kranke nicht an Hautausschlägen gelitten. Nach Abklingen der Psychose heilte die Akne. (Sp.)

Bei einer Hysterischen aus Faworskys (21) Praxis entwickelten sich ödematöse Schwellungen im Gesicht, am Hals und im oberen Teil

der Brust und des Rückens. Es handele sich hier nicht um ein sog. akutes umschriebenes Ödem, sondern um ein ausschliesslich hysterisches Symptom. (Sp.)

Der von Wolters (92) beschriebene histologische Befnnd ist dadurch interessant, dass sich in dem etwas verbreiterten Korium über der Meningocele zahlreiche glatte Muskelfasern in dessen unteren und mittleren Partien fanden, ähnlich wie bei Myomen der Haut. Die Muskularis der Gefässmedia ist vermehrt, mit ihr und mit den Arrectores pilorum sind die abnormen Muskelmassen verbnnden.
Diese abnorme Anhäufung in platten Muskelfasern verdankt nach Wolters ihre Entstehung dem permanent pulsierenden Druck durch den Inhalt der Meningocele; es handele sich hier nm eine kompensatorische Hypertrophie der glatten Muskelfasern. (Sp.)

Die Tabes begann in dem von Ranschke (62) besprochenen Falle mit gastrischen Krisen und einer gleichzeitigen Zoster-Eruption anf dem Rücken links. Als sich mehrere Jahre später Blasenstörungen entwickelten, stellte sich ein zweiter Zoster-Ausbruch ein, der aber tiefer am Rücken (in der Lendengegend) lokalisiert war. Die Lokalisation des Herpes zoster bestätigt hier die von Head begründete Lehre von den Beziehungen zwischen inneren Organen und bestimmten Hautbezirken.
In der Diskussion berichtet Seiffer über einen analogen Fall, in welchem ein Tabiker, wenn er lanzinierende Schmerzen bekam, jedesmal auch einen Herpes zoster im Gebiet des ersten Lumbalsegmentes akquirierte. (Sp.)

Eine Dermatitis (Nekrosen und Erosionen) am Arme entstand bei dem Patienten Baums (4) infolge einer eigentümlichen Disposition der Haut artifiziell nnter dem mechanischen Einfluss eines Verbandes. Charakteristisch ist das Missverhältnis zwischen der Ursache — dem leichten Druck des Verbandes — und der Wirkung — den Ulzerationen. (Sp.)

Das angioneurotische Ödem trat in Herters (33) Falle anfallweise auf, befiel nur Gesicht und Zunge; es entwickelte sich um Mitternacht, wurde bis zum Morgen stärker und fiel dann gegen Abend wieder ab. (Sp.)

73jährige Patientin Heibergs (32). Bei Thyreoidinbehandlung schwanden die Blasen, die das Myxödem komplizierten. (T.)

L.

Beziehungen der Stoffwechselstörungen zur Lues, sowie zu Krankheiten der Haut und Geschlechtswerkzeuge.

Bearbeitet von **Waldvogel**-Göttingen, mit Beiträgen von **Churchman**-Baltimore, **Merk**-Innsbruck, **Rasch**-Kopenhagen und **Schiele**-St. Petersburg.

Literatur:

1. Barker, L. F., Diabetes mit Bronze-Färbung, mit Lebervergrösserung und fühlbarer Milz. Johns Hopkins Hospital Bulletin. Bd. 16. S. 385.
2. Brocq, L., Desgrez, A. et Ayrignac J., Étude de la nutrition dans les dermatoses. I. Méthodes générales de recherches, und II. Interprétation des résultats urologiques. (Von A. Desgrez und J. Ayrignac.) Annales de dermatologie et de syphiligraphie. S. 681 bezw. 781.
3. Bulkloy, L. Duneau, Krankheiten der Haut in Verbindung mit den Krankheiten des Stoffwechsels. Dermatol. Zeitschr. S. 522.
4. Gans, Edgar, Über einen Fall von Indikan-Ausscheidung durch die Haut. Berliner klin. Wochenschr. S. 685.
5. Heiberg, Povl, Et tilfälde af Myxoedem komp'icent med et bullöst hududslet. (Fall von Myxödem mit einem bullösen Hautausschlag kompliziert). Ugeskrift for Läger. S. 397.
6. Hoffmann, Erich, Über das Zusammentreffen von Lichen ruber und Diabetes mellitus, nebst Mitteilung des histologischen Befundes bei Lichen sclerosus. Dermatol. Zeitschr. S. 654.
7. Pel, P. K, Familiäres Vorkommen von Akromegalie und Myxödem auf luetischer Grundlage. Berliner klin. Wochenschr., Festnummer für C. A. Ewald. S. 25.
8. Posnor, C., Hipertrofia predstatelnoi shelesy i sacharnoje isnurenii (Prostatahypertrophie und Diabetes mellitus). Praktischeskij Wratsch (Der praktische Arzt.) Nr. 33.
9. Posner, Prostatahypertrophie und Diabetes. Berliner med. Ges., 8. XI. (Diskuss.: Senator.) Berl. klin. Wochenschr. S. 1471, Nachtrag S. 1515.
10. Sochazki, J., Slutschai obschtscharo oshironija letschennaro protirosifilitscheski. (Ein Fall von allgemeiner Adipositas geheilt durch antiluetische Behandlung.) Russkij Wratsch (Der russische Arzt). Nr. 42.
11. Troller, D., Essai sur le diabète sucré syphilitique. Thèse de Paris.

Pel (7) will einen Beitrag zu den Wachstumsstörungen auf hereditär-luetischer Grundlage liefern. In der Literatur gibt es bisher keine Beobachtung, welche ein familiäres Vorkommen von Akromegalie und Myxödem auf luetischer Grundlage aufweist. Bei der 21jähr. Schwester handelt es sich um Thyreoaplasie, bei dem 16jähr. Bruder um Akromegalie mit Anzeichen von Infantilismus; der Vater hatte Lues durchgemacht. Von Infantilismus und kongenitalem Myxödem steht es nach unbekannten Beobachtungen von Hertoghe (Nouvelle Iconographie de la Salpétrière) fest und ebenso vom partiellen Riesenwuchs, dass sie öfters auf dem Boden der hereditären Lues gedeihen. Die schon von Fournier (Stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis, Paris 1898) und vom Verf. (Nederlansk Tydschrift vor Geneeskunde 1904) beobachtete Kombination von Riesenwuchs und Infantilismus beim Bruder dürfte nicht so auffallend erscheinen, wenn man bedenkt, dass Riesen oft in gewisser

Richtung degeneriert, körperlich und geistig schwach nnd häufig impotent sind. Akromegalie nnd Myxödem hahen so viel Berührungspunkte, dass ein familiäres Vorkommen aus nämlicher konstitntioneller vererbter Anlage nicht so befremdend erscheint. (W.)

Etwa ein halbes Jahr nach luetischer Infektion begann die 35jähr. Patientin Sochazkis (10) sehr stark zuzunehmen, so dass ihr Gewicht schliesslich 7 Pnd 1 Pfd. hetrug (etwa 115 kg). Durch eine antilnetische Behandlung mit Hg nnd Jodkali gelang es im Laufe von 77 Tagen das Gewicht um 48 Pfd. zu vermindern (etwa 20 kg), bei Beibehaltung des üblichen Regimes in Speise, Trank etc. (Sch.)

Für die postdiabetischen Polynrien macht Posner (8, 9) anch die Prostatahypertrophie verantwortlich, welche leicht übersehen wird. Andererseits muss in jedem einzelnen Fall von Harnkrankheit auf Zncker untersucht werden, gibt es doch sogar Fälle, in denen schwere dysnrische Zustände dnrch die jahrelang übersehene Anwesenheit von Zucker im Harn hervorgebracht waren (Bazy), und Harnretention kommt bei Diabetikern ohne jede örtliche Veranlassung vor (Naunyn). Verf. fand in jedem sechsten Fall von Prostatahypertrophie Zucker, der Prostatiker ist zu Diabetes disponiert, weil er so oft gleichzeitig Arteriosklerotiker ist. Bei dem Widerwillen der Patienten mit Harnretention gegen jede Fleischnahrung stösst die Behandlung des Diabetes auf Schwierigkeiten, die Gefahren des Katheterismus und der Operationen werden bei Diabetes grösser. Senator macht darauf aufmerksam, dass hei Untersuchungen von Prostatikerharn anf Zucker Fehler unterlaufen können. Der ammoniakalische Harn hei Retention löst viel Kupferoxyd, auch die Gärungsprobe verleitet nach Salkowski zn Irrtümern. Bei Prostatikern mit ammoniakalischem Harn kommen auf Diabetes hinweisende Erscheinnngen vor durch Ammoniämie und Resorption von Trimethylamin. In einem Nachtrag macht Posner darauf aufmerksam, dass Teschemacher in dem Harn eines prostataleidenden Mannes trotz des spez. Gew. von 1003 0,8% Zncker fand, ohwohl das kaum erklärlich ist. (W.)

Bnlkley (3) erörtert znnächst das Wesen des Stoffwechsels und der Krankheit. Gewisse Hautkrankheiten oder Ausschläge stehen aller Wahrscheinlichkeit nach mit der Stoffwechselfunktion in Verbindung oder hängen von ihr ah, so hei Gicht, Rheumatismus, Diabetes, Fettsucht, Skrofulose. Bestimmte Grundsätze, üher die Art und Weise, wie diese Beziehungen zustande kommen, lassen sich noch nicht aufstellen. da dieselben Arten von Ausschlägen hei mehreren Stoffwechselerkrankungen vorkommen. Die Idiosynkrasie des Patienten, äussere und innere ursächliche Momente, nervöse Erscheinungen usw. lassen oft eine Voraushestimmung darüher machen, welcher Art die Hautveränderung sein wird. Oft vorgenommene vollständige und genane Urinanalysen sind in der Erkennung von Stoffwechselstörungen von grossem Nutzen und setzen uns in den Stand geeignete Mittel für die Heilung vieler Hautkrankheiten anznwenden. (W.)

Stoffwechsel-, besonders Harnuntersuchungen (anch Kryoskopie) durch Brocqs, Desgrez und Ayrignac (2) bei Hantkranken. I. beschäftigt sich mit der Beschreihung der Methoden und Definition der in Rede kommenden Begriffe, grösstenteils in Anlehnung an Bouchard (Traité de pathologie générale, Tome III, Teil I). II. heschäftigt sich gemein mit den Bewertungen der Stickstoffbestimmüngen, dem Verhältnis zwischen Stickstoffausfuhr und Phosphorverbrauch, mit der „Ent-

mineralisierung“ des Körpers etc. Nähere Details sind im Originale nachzulesen. Eine spezielle Auswertung der Methoden für einzelne Hautkrankheiten war 1905 noch nicht publiziert. (M.)

Hoffmann (6) berichtet über zwei Fälle, in denen Diabetes und Lichen ruber zufällig zusammentrafen, er steht wie Riecke auf dem Standpunkt, dass die Annahme, der durch den Diabetes in seinen Funktionen geschwächte, wenig widerstandsfähige Organismus sei zu Lichen ruber disponiert, nicht gerechtfertigt ist. Im ersten Fall seit 1901 Zucker 4,8 %, ging in wenigen Monaten völlig zurück, nur noch nach Diätfehlern vorhanden. Seit 1904 Lichen, jetzt wieder 2—6 % Sacch. Im zweiten Fall Diabetes seit 1892, 2—4,5 % Sacch. 1904 Lichen, seit drei Monaten bestehend. In einem Fall fand sich ein typischer Lichen planus, der infolge des Diabetes hartnäckig verlief, im zweiten ein Lichen planus sclerosus, s. atrophicus (Hallopean), der wie diese Form stets ausserordentlich chronisch verlief und sehr stark juckte. Arsen in fast toxischen Dosen beeinflusste den Diabetes nicht, obgleich Arsenintoxikation Glykosurie erzeugt, dagegen ruft es bei Diabetikern leicht örtliche Entzündung an der Injektionsstelle hervor. Pyodermatitiden an den zerkratzten Stellen traten nicht auf. (W.)

Barkers (1) Patient, ein Mann von 53 Jahren, litt an Polyurie, exzessivem Durst und Heisshunger, besonders nach Süssigkeiten. Rapider Gewichts- und Kräfteverlust. Ausgesprochene Bronzefarbe der Haut, besonders auf den exponierten Oberflächen. Auf dem Thorax war die Bronzierung mit blassen Flächen gesprenkelt, und die Öffnungen der Talgdrüsen traten sehr hervor. Grosse Mengen Zucker, Azeton und diazetischer Säure fanden sich im Urin. Leber und Milz waren sehr vergrössert. Ausgedehnte gerötete Flächen von „traumatischem Erythem“ waren zu sehen an den Stellen, wo der Körper besonders mechanischer Reizung ausgesetzt war. (Ch.)

Den vier in der Literatur niedergelegten Fällen von Indikanausscheidung durch die Haut fügt Gans (4) einen weiteren an, bei dem als ätiologische Momente in Betracht kamen: Eiweisszerfall durch bakteriologische Vorgänge im Darm bei Obstipation, Zellzerfall bei der Menstruation und Stoffwechselstörung durch nervöse Einflüsse. Die blauen Flecken im Hemd fanden sich bei 0,026 p. m. Indikan im Harn, ihr Farbstoff löste sich in Chloroform, Schwefelkohlenstoff, Benzol, war unlöslich in Alkohol und Äther, entfärbte sich mit Salpetersäure, erwies sich mikro- und spektroskopisch als Indigo. (W.)

Bei einer 73jähr. Patientin Heibergs (5) trat ein vollständig pemphigusartiger Ausschlag auf mit Blasen an der Haut und im Munde. Ca. $^3/_4$ Jahr später lenkte die Beschaffenheit der Haut den Gedanken auf ein Myxödem als Hauptleiden der Patientin, und die Behandlung mit Thyreoidin brachte im Laufe eines halben Jahres alle Symptome zum Schwinden, auch den Ausschlag, der mit einem Ausbruch von Urticariaquaddeln in Erscheinung getreten war und ebenso mit solchen endete. (R.)

LI.

Lues der Knochen, Gelenke, Muskeln und Sehnen, sowie einschlägige Grenzgebiete nach der Dermatologie hin.

Bearbeitet von **Stieda**-Königsberg (im Auftrage von **E. Lexer**-Königsberg), mit Beiträgen von **Churchman**-Baltimore, **Selenew**-Charkow und **Verrotti**-Neapel (im Auftrage von **De Amicis**-Neapel).

Literatur:

1. Behrmann, Fall von gummöser Periostitis des Handrückens. Ärztl. Verein in Nürnberg, 2. III.
2. Bernard, Syphilis osseuse multiple nécrosante avec amyotrophie et cachexie. Soc. méd. des hôp. 16. Juni.
3. Brühl, Syphilitische Erkrankung des Felsenbeins. Berliner otolog. Ges., 14. II.
4. Chauveau, C., Déterminations syphilitiques des sinus frontaux et maxillaires. Arch. internation. de laryngol., d'otol. et de rhinol., März, April.
5. Frolof, P., Slutschai sifilititscheskawo wossalenia kolena. (Gonitis syphilitica.) Russ. Shurnal koshnych i wenoritscheskych bolesnei. Russ. Journal für Haut- und Geschlechtskrankheiten. T. IX. Nr. 4.
6. Fry, F. R., Two cases of syphilitic disease of the cervical spine. Journal of nervous and mental diseases. Bd. XXXII. S. 101.
7. Harttung, Gehirn einer Frau mit endotheliomartiger Veränderung auf dem Boden eines Knochengummas. Breslauer Dermat. Verein. 12. I.
8. Horn, Max, Fall von Rheumatismus nodosus. Ges. f. innere Medizin u. Kinderheilk. in Wien, pädiatr. Sektion, 16. XI. (Diskuss: Eisenschütz, Kassowitz.)
9. Jambon, Des sinusites syphilitiques. Thèse de Bordeaux.
10. Kaiser, Spätluetischer Tumor des Fussrückens. Breslauer Dermat. Verein. 6. VI.
11. Mauclaire, Hyperostoses et oxostoses éburnées non syphilitiques de la région temporale. Bull. et mém. de la Soc. anatom. do Paris. Jan.
12. Mouton, G., La syphilis du maxillaire supérieur envisagée spécialement dans ses rapports avec les affections du système dentaire. Thèse de Nancy.
13. Pelagatti, Un caso di artropatia sifilitica precoce grave. Società italiana di dermat. e sifilogr. Dic.
14. Portor, J. L., Syphilis of the knee joint. Western medical Review. Bd. X. S. 294.
15. Riebold, Georg, Zur Kenntnis der Komplikationen der Polyarthritis rheumatica acuta von seiten der Haut. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 82. S. 273.
16. Rille, Fall von gummöser Osteoperiostitis der Schädelknochen. Med. Ges. zu Leipzig. 27. VI.
17. Roscher, Menièrescher Komplex bei Periostitis interna cranii im Sekundärstadium der Lues. Verhandl. der Berliner Dermatol. Ges. 10. I.
18. Schmid, Über syphilitische Osteochondritis. 77. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Abt. f. pathol. Anat. u. Pathol.
19. Schüller, Max, Über den Nachweis der hantelförmigen Bazillen bei der chronischen zottenbildenden Polyarthritis und über Beziehungen der Syphilis zu derselben. Berliner klin. Wochenschr. S. 1275.
20. Tacelli, G., Due casi di sifilide muscolare. Contrattura del bicipite brachiale destro. Gomme dello sterno-cloido-mastoideo destro. Giorn. int. delle scienze mediche. Nr. 4.
21. Voss, Beitrag zur operativen Behandlung des Hirngumma und der syphilitischen Schädeldachnekrose. Dermatol. Zeitschr. S. 447.
22. Zesas, Denis, Über luetische Arthropathien. Fortschr. der Medizin. S. 761.

Schmid (18) hat mikroskopisch die Vorgänge untersucht, welche an den Röhrenknochen syphilitischer Kinder zur Epiphysenlösung führen. Er hat dabei besonders die Knorpelmarkkanäle berücksichtigt. Das sind Gänge, welche von der Oberfläche in die Epiphysen- und Rippenknorpel eindringen und mit Blutgefässen und Bindegewebe gefüllt sind.

Bei der Osteochondritis syphilitica ist der Vorgang der Epiphysenlösung verschieden je nach dem Stadium der Erkrankung, deren Wegner drei unterscheidet. Schmid hält für die wichtigste Erscheinung des ersten und zweiten Stadiums eine Verbreiterung der Zone primärer Markräume, in welcher die Knorpelzellen geschwunden und durch Blutgefässe mit Markgewebe ersetzt sind, die trennenden Wände aber nur von verkalkter Grundsubstanz ohne Knochenbelag gebildet werden. Diese Veränderung bedingt die am frischen Objekt hervortretende gelbweisse Linie und in dieser bricht leicht die Epiphyse ab. Im dritten Stadium dagegen wird die Epiphysenlösung veranlasst durch Entwickelung eines „Granulationsgewebes". Die Lage dieses weichen, von einigen Knochenbälkchen durchzogenen Gewebes ist konstant. Sie läuft quer durch die Schicht des primären Markraumes hindurch, unterbricht also das Netz verbalkter Knorpelpfeiler. Das Gefässsystem der pathologischen Schicht wird von Ästen, welche vom Periost bezw. Perichondrium eintreten, versorgt und ist gegen die Gefässe der Diaphyse abgeschlossen. Die Schicht wird von einem ganz unregelmässigen Netz knöcherner Bälkchen durchzogen, welche metaplastisch aus Bindegewebe und Knorpel gebildet sind. Diese Knochenbälkchen sind also nicht Residuen des endochondral gebildeten und in Zerstörung begriffenen Knochens. Die subepiphysäre Bindegewebsschicht stammt nicht vom Knochenmark der Epiphyse ab, sondern ist ein Abkömmling des Knorpelmarks, dafür spricht das Verhalten der Knorpelmarkskanäle. Der Prozess der Epiphysenlösung ist als eine Teilerscheinung einer Erkrankung des perichondralen Bindegewebssystems anzusehen. Daher ist es auch leicht zu verstehen, dass sich die syphilitische Osteochondritis mit einer ossifizierenden Periostitis verbindet, deren höhere Grade die sog. Schalenknochen bildet. (St.)

Behrmann (1) demonstriert einen 16jährigen Patienten mit gummöser Periostitis am rechten Handrücken. (St.)

Kaiser (10) zeigt einen Patienten mit zwei fünfmarkstückgrossen, unregelmässigen, wenig erhabenen, im Zentrum narbig eingezogenen Tumoren am linken inneren Fussrande. Die Haut ist bläulich verfärbt, die Tumoren sind derb, mit der Unterlage verwachsen. Sie sind allmählich entstanden und aufgebrochen. Sie wurden zunächst für tuberkulös gehalten und dementsprechend erfolglos behandelt. Eine Narbe am Bauch und eine Orchitis lenkten den Verdacht auf Lues, die vom Patienten allerdings negiert wurde. Eine spezifische Kur brachte Erfolg. (St.)

Syphilis des Rückenmarks wurde zum ersten Male vor vielen Jahren festgestellt. Sie tritt jedoch selten auf. Die beiden von Fry (6) mitgeteilten Fälle stimmen mit dem überein, was man als typischen Fall bezeichnen dürfte. Eine Unterabteilung von Syphilis der oberen Wirbelsäule ist gekennzeichnet durch einen starren Nacken mit einem oder mehreren Punkten von grosser Empfindlichkeit bei tiefem Druck, heftigen neuralgischen Schmerzen (beim ersten Patienten der cervico-brachiale, beim zweiten der cervico-okzipitale Typus, jedoch häufig nicht sehr genau zu lokalisieren), keinen objektiven sensoriellen Veränderungen, keiner Lähmung und Genesung unter Behandlung auf Syphilis. Eine Diagnose, die

sich anf derartige Data stützt, wird natürlicb nicht selten falsch sein; aber die Symptome geben zum wenigsten genügenden Anhalt um die Einleitung des antisyphilitischen Verfabrens zu recbtfertigen. (Ch.)

Rille (16) demonstriert einen 42jährigen Bergarbeiter mit gummöser Osteoperiostitis der Scbädelknocben. (St.)

Voss (21) gibt zunächst aus der Literatur eine Übersicht über den Stand der operativen Bebandlung der sypbilitiscben Schädeldachnekrose nnd des Hirngummis. Aus den Literaturangaben ist zu entnehmen, dass selbst energiscbe antiluetiscbe Kuren bei zerebraler Lues versagen können. Der Sitz der patbologischen Veränderungen am Gehirn wurde in mebreren Fällen nicht ricbtig lokalisiert, insbesondere wurde die mit Jacksonscber Epilepsie verbundene gummöse Erkrankung des Stirnhirnes für eine Erkrankung der motorischen Region gehalten. Bei Erfolglosigkeit einer antisyphilitiscben Behandlung ist nicht zn lange mit der Operation zu zögern, da dann nur von ihr nocb Erfolg zu erwarten ist. Voss selbst berichtet über eine 71jährige Patientin, welche seit 20 Jabren an einem Geschwür an der Stirn litt und eines Morgens in bewusstlosem Zustande anfgefunden wurde. Temperatur 40,3. Von der Nasenwurzel bis zur Mitte des Scheitels reichend, eine 1½ handtellergrosse Ulzeration, in deren Mitte das vom Periost entblösste und nekrotiscbe knöcherne Schädeldacb ausgedebnt freiliegt. Der nekrotische Knocben ist morsch und bröckelig; aus einigen Lücken quillt synchron der Hirnpulsation Eitcr. Einige typische serpiginöse Rnpiaefflorescenzen an der Scbläfe sichern die Diagnose Lues. Entfernnng der ganzen Partie des nekrotischen Schädeldaches mit der Luerschen Zange. Über dem vorderen linken Stirnlappen wölbt sicb die verdickte Dura vor. Sie wird gespalten; man kommt auf bröckelige, zäh-eitrige Massen (erweichtes Gnmma), welche mit dcm Löffel ausgeschabt werden. Zwei Tage später wegen Retention weitere Spaltung und Exzision der schwartig verdickten Dura, so dass ein im ganzen fünfmarkstückgrosser Defekt entsteht. Abfall der Temperatur. Sensorium frei. Nacb acbt Tagen Tod an bypostatischer Pnenmonie. Der Fall zeigt, dass eine ansgedebnte gummöse Geschwulst des Stirnbirns mit bocbgradiger Verwachsung der Dura lang ohne jede Erscheinungen von seiten des Hirnes bleiben kann und beleuchtet die Zweckmässigkeit eines operativen Vorgehens bei syphilitischer Schädeldachnekrose. Voss reiht nocb einen weiteren Fall an, bei dem durcb Entfernung syphilitiscber Sequester aus dem linken Scheitelbein die Druckerscheinungen von seiten des Hirns zum Scbwinden gebracht wurden. Als eine energiscbe antisypbilitiscbe Kur kann Voss die Inunktionen nicht anerkennen. Er empfiehlt als eine solche Injektionen von Kalomel. (St.)

13 Jahre nach einer syphilitischen Infektion bekam ein Patient Brühls (3) Kopfscbmerzen, später Ohrensausen und recbtsseitige Schwerbörigkeit. Stimmgabeluntersuchung ergibt Beteiligung des Mittelohrs und des nervösen Hörapparates. Im weiteren Verlauf recbtsseitige Fazialislähmung (mit Ausnahme des Gaumens), bühnereigrosser Tumor am Warzenfortsatz. Beim Bücken mit gescblossenen Angen taumelt Patient, beim Geben weicht er nach rechts ab. Nacb Scbmierkur und Jodkalium nehmen die Kopfschmerzen bald ab, der Tnmor am Warzenfortsatz verschwindet. Spätcr Abnabme des Sausens und Scbwindels, vollkommene Taubbeit. Brübl führt die Erscheinungen anf eine tertiär sypbilitische Erkrankung des Schläfenbeins zurück. Der Ausgangspunkt des gummösen Prozesses ist im vorderen Teil des Felsenbeins zu suchen, vielleicht in

der Wand des Promontorium, das Gummi ist dann nach rückwärts durch den Fazialiskanal his in den Warzenfortsatz weitergedrungen. Gegen eine Erkranknng im Porus acusticus int. spricht der Umstand, dass erst die Aknstikus-, dann die Fazialis- und dann die Warzenfortsatzerkrankung auftrat. Ausserdem war hei der Fazialislähmung das Gaumensegel nicht hetroffen, die Läsion lag also nnterhalh des Ganglion genicnli. (St.)

½ Jahr nach einer syphilitischen Infektion stellten sich hei dem Patienten Roschers (17) Kopfschmerzen, Sansen, linksseitige Tauhheit, Schwindel, Erhrechen und Lähmung der linksseitigen Gesichtshälfte ein. Es hestand der Menièresche Symptomenkomplex, Lähmung der vom Fazialis versorgten Gesichtsmnskeln und der Geschmacksempfindung auf der linken Seite der Zunge, sowie Schwäche des linken M. rectus ext. — Die im seknndären Stadium der Lues ziemlich akut entstandene Lähmung des VI. bis VIII. Hirnnerven ist nach Roscher als eine Drucklähmnng anfzufassen, welche an der Schädelhasis in der Nähe des Porus acusticus int. lokalisiert ist und durch eine Periostitis interna cranii verursacht wurde. Nach einer antiluetischen Kur schwanden die Erscheinungen nur zum Teil. Offenhar hat die syphilitische Periostitis teilweise znr Ossifikation geführt. (St.)

Knrzes, umfassendes Sammelreferat von Zesas (22) über die lnetischen Arthropathien. (St.)

Schüller (19) unterscheidet vom chronischen Gelenkrheumatismus und der Osteoarthritis deformans eine Polyarthritis chronica villosa, welche durch hantelförmige Bazillen hervorgerufen werden soll. Fälle von Arthritis villosa, welche gröhere Veränderungen am Knorpel und Knochen der Gelenkenden nachweisen lassen, gehören nicht der Arthritis deformans an, sondern sind auf ahgelaufene syphilitische Gelenkprozesse zurückzuführen, auf deren Boden sich der zottenhildende Prozess entwickelt. Derartige Fälle hetragen 4% der bazillären Arthritis; sie sind antisyphilitischen Kuren nicht zugänglich. Man findet am Rande des einen Gelenkendes — am ansgesprochensten am Kniegelenk — flachere oder tiefere Defekte, welche durch narhig ansgeheilte Knorpelgeschwüre oder vorausgegangene Gummiknoten hedingt sind. Diese gruhigen Vertiefnngen sind schon durch die Palpation sowie im Röntgenhilde von den ahgeschliffenen, wulstigen Deformierungen der Arthritis deformans zu unterscheiden. In der Synovialis und Punktionsflüssigkeit solcher Gelenke will Schüller verschiedene Formen und Entwickelungsphasen eines Syphilisparasiten gefunden hahen. (St.)

Pelagatti (13) schildert einen Fall von schwerer Arthropathie des Tibio-Tarsalgelenkes und des perisynovialen Gewehes hei einer 39jähr. Frau, die sich wahrscheinlich einige Jahre vor der Beohachtung mit Syphilis infiziert hatte. Nach einem Tranma trat erhehliche Verschlimmerung ein: Da die spezifische Behandlung sich als wirkungslos erwies, die Fisteln sich nicht schlossen und die Knochenveränderungen recht heträchtlich waren, so entschloss man sich zu einem chirurgischen Eingriff, der mit einer einfachen Spaltung der Fisteln und einer Ausschabung des abgestorhenen Gewehes hegann und zu einer Amputoresektion des Fusses führt, um schliesslich, da trotz Jodquecksilherhehandlung die Operationswunde keine Neigung zur Vernarbung zeigte, mit einer Amputation des Beines an der Grenze des nnteren Drittels zu enden.

Verf. hat ein Neoplasma und auch die tuherkulöse Natnr der Arthropathie ansgeschlossen, da Impfversuche hei Tieren sich als negativ

erwiesen und da tuberkulöse Veränderungen in anderen Organen fehlten. Die histologische Untersuchung der Knochenfragmente bestätigte die Diagnose Syphilis, die der Verf. mehr als eine Osteochondro-Arthropathie, als wie eine gummöse Perisynovitis auffasst. (V.)

Die Syphilis des Kniegelenkes, obschon nicht selten vorkommend, wird, wie Porter (14) ausführt, häufig übersehen. In der Kindheit hat die Krankheit eine Vorliebe für das Periosteum und die Epiphyses; beim Erwachsenen sind dagegen die artikulären und periartikulären Gewebe affiziert, und das Knie ist das am meisten befallene Gelenk. Die Krankheit tritt am häufigsten zwischen dem 20. und 40. Jahre auf; Frauen sind ihr mehr als Männer ausgesetzt. Drei Typen lassen sich erkennen: Akute Synovitis der sekundären Syphilis, sekundäres Ergriffensein des Gelenkes durch osteales oder periosteales Gumma in der nächsten Nähe des Gelenkes, und die parasynoviale Form (Chondroarthritis Virchows). Klinische Haupterscheinungen sind langsame Entwickelung, chronischer Verlauf, leichter Schmerz, kein grosser Verlust an Bewegungsfreiheit bis zu einem späten Stadium der Krankheit. Durchgeführte, antisyphilitische, gemischte Behandlung wird bei zweifelhaften Fällen von Knieerkrankung häufig die Diagnose klären helfen. (Ch.)

Fall Frolows (5) von Gonitis syphilitica dextra chronica. Torpide Erscheinungen, unbedeutende funktionelle Zerstörungen bei vieljährigem Verlaufe, geringerer Schmerz als bei rheumatischen und entzündlichen Prozessen, Abwesenheit oder Geringfügigkeit des Fiebers und der Herzaffektion, schnelle Wirkung von J und Hg. (Se.)

In einer Arbeit berichtet Tacelli (20), dass in der Syphilido-Poliklinik und Klinik des Prof. E. Detmicis von 1880—1902 von 8962 Fällen mit schleichender Syphilis nur 35 mit Gummiknoten der willkürlichen Muskulatur sich befanden. (V.)

Von den Komplikationen, welche von seiten der Haut im Verlauf eines akuten Gelenkrheumatismus auftreten und mit grösster Wahrscheinlichkeit durch die Grundkrankheit verursacht werden, sind die häufigen Schweisse und die nicht allzu seltenen verschiedenartigen Erytheme und Hautblutungen allgemein bekannt. Riehold (15) berichtet über eine Reihe weiterer rheumatischer Hautveränderungen, welche sehr selten und zum Teil noch nicht beschrieben sind. Er fand eigentümliche, grosse entzündliche Infiltrate, reizlose Ödeme und multiple dekubitale Geschwüre der Haut. Diese Komplikationen von seiten der Haut zeichneten sich durch ihr symmetrisches Auftreten aus. Die grossen entzündlichen Infiltrate rechnet Riehold der grossen Gruppe des Erythema polymorphum zu, die dekubitalen Geschwüre am Kreuz, an den Ellbogen und Hacken bringt er mit einer durch die Polyarthritis bedingten allgemeinen schweren Schädigung der Haut in Zusammenhang. (St.)

Horn (8) demonstriert ein Kind mit Rheumatismus nodosus nach Chorea. Nach mehreren Anfällen von Chorea entwickelte sich ein Endokarditis. Des weiteren erschienen Knötchen im Verlauf der Sehne des Palmaris longus, an den Ellbogen, Kniegelenken, am Hinterhaupt und um die Interphalangealgelenke der Hände. Die Erkrankung verlief mit Gliederschmerzen und ohne Fieber. Salizyl war ohne Einfluss.

In der Diskussion weist Eisenschütz darauf hin, dass der Rheumatismus nodosus den alten Ärzten als Froriepsche Knötchen bekannt war. Kassowitz betont die Seltenheit der Erkrankung. (St.)

LII.

Lues und Gonorrhoe der weiblichen Geschlechtsorgane nebst Grenzgebieten nach der Dermatologie hin.

Bearbeitet von **Th. Petri**-München (im Auftrage von **G. Klein**-München), mit Beiträgen von **Lantos**-Budapest, **Pstrokowski**-Warschau (im Auftrage von **v. Watraszewski**-Warschau), **Schiele**-St. Petersburg und **Verrotti**-Neapel (im Auftrage von **De Amicis**-Neapel).

Literatur:

1. Alberti, Kasuistik zur Hypertrichosis universalis acquisita mit Veränderungen der Sexualorgane. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 9. S. 339.
1a. Allmann, Rudolf, Beitrag zur Kenntnis des ansteckenden Scheidenkatarrhs der Rinder. Veterin.-med. Diss. Giessen.
2. Bäcker, J., Über die Infektionskrankheiten der weiblichen Genitalien. Budapesti orvosi ujság. Nr. 20.
3. Bidwell, Leonard, Ein Fall von gonorrhoischer Tubenerkrankung bei einem 6jährigen Mädchen. Exstirpation der Tuben. Allgem. Wiener med. Zeitung. S. 171.
4. Boguslawski, S., K kasuistike raka Bartholin'owoi shelesy. (Zur Kasuistik des Krebses der Bartholinischen Drüse.) Shurnal akuscherstwa i shenskich belesnei. (Journal für Geburtshilfe und Gynäkologie).
5. Bordères, R., Des tumeurs malignes primitives du clitoris. Thèse de Montpellier.
6. Brassart, H., Rigidité pathologique du col de l'utérus pendant le travail par suite de sclérose syphilitique. Echo méd. du Nord. 2. Juli.
7. Brion, Albert, Über die Beeinflussung der häufigsten akuten Infektionskrankheiten durch Gravidität. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 56. S. 209.
8. Burr, T. S., Report of a case of fibromata of the vulva. New York med. Journ. 18. Februar.
9. Caspary, Über Lues gravidarum. Verein f. wissenschaftl. Heilk. in Königsberg i. P. 6. II. (Diskuss.: Winter, E. Schröder, Rosinski.)
10. Chandler, S., Traitement de la métrite cervicale blennorrhagique par des injections sousmuqueuses d'acide lactique. Sem. méd. S. 499.
11. Cullen, T. S., Cysts of Bartholin's glands, with brief remarks on the anatomy of the normal gland structure. Journ. of the Amer. med. Assoc. 21. Januar.
12. David, J., Du traitement des vaginites par le thigénol. Thèse de Paris.
13. Dittrick, H., Epithelioma of the vulva. Amer. Journ. of the med. Scienc. August.
14. Dekter, A., Ist die Syphilis eine schwerere Erkrankung als die Gonorrhoe? Gyógyászat. Nr. 35.
15. Doléris, J. A., De la bartholinite et de son traitement. Gynécologie. Febr.
16. Driessen, Sarcoma vulvae. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Nr 2.
17. Dudley, E. C., The expansion of gynecology, and a suggestion for the surgical treatment of incontinence of urine in women. Journ. of the Amer. med. Assoc. 3. Juni.
18. Dunning, L. H., Gonorrhea in the female. Journ. of the Amer. med. Assoc. 4. November.
19. Flügel, Karl, Über Rektalgonorrhoe bei Vulvovaginitis infantum. Berliner klin. Wochenschr. S. 325.
20. Feges, Demonstration eines Vaginalspekulums, welches, am Introitus vaginae angesetzt, durch ein Fenster die genaue Inspektion der Scheide und Portio gestattet. Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 25. I. (Mit Diskussion von Nohl, Finger.)
21. Franceschini, Menorragie e metrorragie di origine sifilitica. La clinica ostetrica. Fasc. 2.

22. v. Franqué, Otto, Über operative und nicht operative Behandlung entzündlicher, insbesondere eitriger Adnexerkrankungen. Deutsche med. Wochenschr. S. 1546.

23. Freund, H. W., Über Diphtheritis vaginae mit Geschwürbildung am Damm bei 2 Puerperae. 77. Vers. deutscher Naturforscher und Ärzte. Abt. f. Geburtsh. u. Gynäk. (Diskuss.: Köttnitz, Ziegenspeck.)

24. Fromme, Über multiples primäres Vulvakarzinom. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 9. S. 382.

24a. Gärtner, Johannes, Die Operation bei Carcinom der äusseren Genitalien des Weibes. Diss. Freiburg i. Br.

25. Giraud, J., Les gros oeufs syphilitiques dans la syphilis ancienne. Thèse de Montpellier.

26. Grad, H., Inflammatory disease of the uterine adnexa and its treatment. Med. Record Vol 67. S. 841.

27. Halstead, A. E. et Clark, C. P., Hydrocele in the female. Ann. of Surgery. Mai.

28. Hébert, A., Syphilis utérine. Rev. méd. de Normandie. 25. Mai.

29. Henkel, Exstirpation zweier grosser Abszesse der Bartholinischen Drüse in toto. Ges. f. Geburtsh. u. Gynäk. zu Berlin. 10. XI. (Diskuss.: Bröse.)

29a. Hermans, Johannes, Ein Fall von Sarkom der Klitoris als Beitrag zu den malignen Klitorisgeschwülsten. Diss. Bonn.

30. Hill, I. L., Haematoma of the vulva and the vagina. New York med. Journ. 22. April.

31. Houillier, La syphilis acquise pendant les quatre derniers mois de la grossesse. Thèse de Bordeaux.

31a. Jaworski, J., Über Ausstülpung und Vorfall der weiblichen Urethra. Owypicowaniu i wypadaięciu cewki moczowej u kobiet. Gazeta lekarska. Nr. 39.

32. Johnson, J. T., The effects of gonorrhoea on the female generative organs. Journ. of the Amer. med. Assoc. 11. März.

33. Jouen, C., Contribution à l'étude de la syphilis des trompes et des ovaires. Thèse de Paris.

34. de la Harpe, E., Über Resultate der Fangobehandlung und über die kombinierte Sol- und Fangokur. Therap. Monatsh. S. 289.

35. Lisaau, Fibroma pendulum von Faustgrösse am Labium maius. Verein deutscher Ärzte in Prag. April.

35a. Lombardo, C., Lymphangiektasie der Vulva. Giorn. ital. delle malattie veneree e della pelle. S. 6.

36. Maggioni, V., Un caso di anomalia di sviluppo della clitoride. Gazz. degli osped. 5. Febr.

37. Makai, A., Die Diagnostik und Therapie der gonorrhoischen Erkrankungen der weiblichen Genitalien. Orvosi hetilap. Nr. 52. Beilage: Gynäkologie.

38. Maly, Beitrag zur Histologie der desmoiden Vulvartumoren mit Berücksichtigung ihrer Abstammung vom Ligamentum rotundum. Arch. f. Gynäkol. Bd. 76. S. 175.

38a. Mangelsdorf, Erich, Über einen Fall von Hautmelanomen des Oberschenkels bei gleichzeitig bestehendem Cystadenoma sarcomatodes beider Ovarien. Diss. Berlin.

39. Martin, E., Contribution à l'étude des rigidités anatomiques cicatricielles et syphilitiques du col utérin; traitement par les interventions sanglantes. Thèse de Lyon.

39a. Marx, Alfred, Ein Beitrag zur Kenntnis der Zysten des kleinen Labiums. Diss. Heidelberg.

39b. Marx, Joseph, Ein Fall von papillärem Cystadenom der Vulva. Diss. München.

40. Maximow, W., Eine grosse, hängende Fettgeschwulst der rechten grossen Schamlippe. Deutsche med. Wochenschr. S. 1074.

41. Miller, C. C., Inflammation of the glands of Bartholin. New York med. Journ. 15., 22. u. 29. April u. 6. Mai.

42. Morquio, L., Una mujer en estado de sifilis latente por concepcion, puede lactar impunemente un niño sano? (Darf eine Frau mit latenter, bei der Schwängerung erworbener Lues ihren gesunden Säugling stillen?) Arch. latino-americanos de pediatria, Mai.

43. Nenadovics, L., Über den Wirkungskreis der Baeneotherapie in der Gynäkologie. Berliner klin. Wochenschr. S. 807.

44. Derselbe, O letschenij bolesnei shenskich polowych organow gräsewymi wannami. (Über die Behandlung der weiblichen Genitalaffektionen mit Schlamm-(Moor-)bädern. Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journ. für Geburtshilfe und Gynäkologie). Nr. 2.

45. de Nigris-Urbani, B., Nota anatomo-patologica sulle alterazioni sifilitiche della placenta. Policlinico. 8. Oktober.
46. Nonique. L, Sclérose rétractile ecchymotique de l'anneau vulvaire: kraurosis vulvae. Thèse de Paris.
47. Olshausen, Über Neurosen der Genitalorgane. Ges. f. Geburtsh. u. Gynäkol. zu Berlin, 27. X. (Diskuss.: Bröse, Bokelmann, Henkel, P. Strassmann, Koblanck, Paul Ruge, Bumm)
48. Oppenheim, Fall von Condylomata acuminata der Vagina und Portio bei einer Graviden. Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges., 25. I.
49. Derselbe, Fall von Ulcera venerea portionis. Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges., 25. I.
50. Derselbe, Fall von Gumma der hinteren Vaginalwand. Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges., 25. I.
51. Otradovec, J., Two cases of ulcerative perforation of the rectum originating from a gonorrhoeal salpingitis. Amer. Journ. of the med. Scienc., April.
52. Perrin, Über einen Fall von Ileus nach Salpingitis gonorrhoica. Korresp.-Bl. f. Schweiz. Ärzte, 15. Mai.
53. Peyrache, J., Des tumeurs malignes de la vulve et du vagin chez la petite fille. Thèse de Paris
54. Ruge, Carl, Auf Grenzgebieten. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 55. S. 196.
55. Ruge, Hermann, Über Vulvaaffektionen und ihre gynäkologische Bedeutung. (Schweissdrüsenkarzinome). Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 56. S. 307.
55a. Schleiff, Waldemar, Über Klitoriskarzinom Diss. Halle.
56. Schmidlechner, Carl, Carcinoma clitoridis. Arch. f. Gynäkol. Bd. 74. S. 189.
57. Derselbe, Perithelioma labii maioris. Arch. f Gynäkol. Bd. 74. S. 195.
58. Derselbe, Ulcus vulvae rodens (Virchow.) Arch. f. Gynäkol. Bd. 74 S. 200.
59 Selcke, Präparat eines reinen Fibroms des Labium maius. Rostocker Ärzteverein, 8. VI.
60. Simoni, J., Contribution à l'étude de la transformation épithéliale de la leucoplasie vulvaire. Thèse de Montpellier.
61. Specht, Karzinom der Vulva, mehrere am Mons Veneris und Elephantiasis eines Oberschenkels, wohl durch tiefliegende Metastasen. Breslauer Dermat. Verein, 6. VI.
62. Theilhaber, A., Zur Pathologie und Therapie der Salpingitis chronica. Münch. med. Wochenschr. S. 69.
63. Thorn, Zur Therapie der Endometritis. Med. Ges. zu Magdeburg, 6. IV.
64. Vérani, A., Étude sur la leucoplasie vulvovaginale et le kraurosis vulvae; leurs rapports avec la syphilis. Thèse de Paris.
65. Walther, H., Über das Haematoma vulvae et vaginae. Zentr.-Bl. f. Gynäkol., 22. Juli.
66. van de Warker, E., Gonorrhoea in its female pelvic relations. New York med Journ, 4. Februar.
67. West, James N., The prophylaxis and treatment of pyosalpinx. Med. Record. Vol. 67. S. 969.
68 Winter, Georg, Die wissenschaftliche Begründung der Indikationen zur Myomoperation: Blasensymptome bei Myom. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 55. S. 89.
69. Wortmann, Constantin, Über Haematoma vulvae. Diss. Bonn.
70. Zangemeister, Myom des linken Labium maius. Ost- u. westpreuss. Ges. f. Gynäkol., 25. XI.

Foges (20) zeigte eine bequem transportable Lichtquelle. Ein Akkumulator von nur ½ kg Gewicht vervollständigt das Instrument und lässt es zu Demonstrationszwecken besonders geeignet erscheinen. Nobl vergleicht es mit dem Pneumo-Urethroskop von Antal, bei dessen Einführung aber Anämisierung der Urethralschleimhaut als Nachteil zu konstatieren ist. Nach Finger ist eine solche Wirkung des Vaginalspekulums auf die Scheidenschleimhaut nicht zu befürchten, weil der Druck viel zu gering ist. (Pe.)

In einem Zeitraum von 16½ Jahren wurden, wie Brion (7) berichtet, in der medizinischen Klinik zu Strassburg 656 Frauen an akuten Infektionskrankheiten behandelt (Abdominaltyphus, Pneumonie, Gelenk-

rhenmatismus, Gesichtsrose, Scharlach, Masern, Diphtherie). 34 = 5,2% davon waren schwanger. Daraus ergibt sich, entgegen früheren Ansichten, dass durch Gravidität keine Immunität gegen Infektionskrankheiten bedingt ist; doch liess sich die anffallende Tatsache konstatieren, dass keine der 10 Schwangeren, die an Abdominaltyphus erkrankt waren, starb, wiewohl die Dnrchschnittsmortalität bei Frauen sich auf 11,5% beläuft. Bei 4 von diesen 10 Fällen (40%) trat aber vorzeitige Unterbrechnng der Schwangerschaft ein. An cronpöser Pneumonie, der durchschnittlich 18% erliegen, starhen von den Graviden nur 14,3%. Abortus trat bei Pneumonie in 28% ein. Von 4 mit Erysipel behafteten Graviden abortierten 2 = 50%. Je ein Fall von Scharlach und Masern verlief in jeder Weise günstig, während bei einem anderen Masernfall Abortus im dritten Monat eintrat. Das bestätigt die alte Ansicht, dass im Eruptionsstadium die Gravidität meist sehr gefährdet ist.

Von den ohen erwähnten 34 Schwangerschaften wurden 12 = 35,2% durch eine akute Infektionskrankheit unterhrochen. Brion bedauert, dass der Nachweis der Infektionserreger im Fötus selbst in keinem der angeführten Fälle vorliegt, glaubt aber an die Möglichkeit, dass dieser Übergang der Krankheitserreger auf den Fötns die Fehl- bezw. Frühgeburt auszulösen imstande ist. (Pe.)

Freund (23) sah innerhalb eines halben Jahres zwei Fälle von diphtherischem Belag der Vagina. Im ersten Falle musste nach normaler Gehurt ein Scheidenfrenularriss genäht werden. Am vierten Tage post partum zeigte die Nahtstelle einen grauweissen Belag, dessen hakteriologische Untersuchnng das Vorhandensein von Löfflerschen Diphtheriehazillen und vereinzelten Streptokokken ergab. Unter Anwendung von hochgradigem Diphtherieheilserum und Aronsonschem Antistreptokokkenserum genas die Frau. Ihr neugehorenes Kind aher ging an einer schweren Diphtherie der Nase nnd des Rachens zngrunde. Ätiologisch war nur der Umstand zu verwerten, dass zn dieser Zeit eine heftige Diphtherieepidemie in dem Stadtviertel herrschte, wo die Frau wohnte. Im zweiten Falle trat ebenfalls nach Naht eines Scheidendammrisses echter, hakteriologisch nachgewiesener, diphtherischer Belag der Wunde auf, der nach Injektion von Behrings Heilserum (4500 J. E.) bald zur Heilung kam. Die Ätiologie hlieb in diesem Falle völlig nnklar.

In der Diskussion erklärte Girtnitz wiederholt, echte Diphtherie im Puerperium beobachtet zu haben, und Ziegenspeck berichtete von einem Fall von Wochenbettfieber, das durch den Bacillus des malignen Ödems verursacht worden war. Freunds Forderung geht dahin, bei Fieher im Wochenbett stets eine bakteriologische Untersuchung des Sekrets oder eines eventuellen Belages vorzunehmen. (Pe.)

Alberti (1) macht uns mit einem ganz eigenartigen Fall erworbener allgemeiner Behaarung eines 23jährigen Mädchens hekannt, mit gleichzeitiger ausgesprochener Veränderung am Genitalapparat. Durch eine Erkältung im 20. Lebensjahre sistierten die Menses des his dahin gesunden, kräftigen und wohlgebildeten Mädchens. Die Stimme wnrde allmählich tiefer, der Körper bedeckte sich mit Haaren nnd es entwickelte sich ein mächtiger Vollbart. Mit 23 Jahren erkrankte sie unter Fiebererscheinungen an heftigen Leibschmerzen. Bei der Anfnahme ins Krankenhaus ergab die Untersuchung einen mannskopfgrossen Ovarialtumor. Durch die Operation wurde die Diagnose bestätigt, danehen hestand schon eine allgemeine Peritonitis. Die Patientin überlebte die Operation nur einen Tag. Bemerkenswert ist, dass die Brustmnskulatur

der eines kräftigen Mannes entsprach, die Brüste selbst, die früher sehr üppig gewesen sein sollen, waren atrophiert. Der übrige Körper, besonders die Extremitäten, zeigten starke Behaarung, die Klitoris „ragte aus den sehr dichten nnd starken Pnbes wie der Penis eines 12jährigen Knaben hervor mit freiliegender Glans nnd zurückgeschobenem Präputinm". Die makroskopische wie die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab ein mnltilokuläres pseudomuzinöses Ovarialkystom, das nirgends eine maligne Degeneration erkennen liess; auch der Uterus, die Klitoris und das andere Ovarium zeigten normales Gewebe. Daran anschliessend erwähnt Alberti aus der Literatur verschiedene ähnliche Fälle, die sowohl bei Kindern als auch bei erwachsenen Mädchen nnd Frauen zur Beobachtung kamen und von Hennig, Lesser, R. Freund, Hegar, Wilson, Zarnhin beschrieben worden sind. (Pe.)

Bericht Lombardos (35a) über einen Fall von Hautlymphangiektasie, die an den grossen Schamlippen, an dem Vennsberg, an den Leistenfalten und an dem oberen Drittel der Innenseite der Oberschenkel ihren Sitz hatte. Die Veränderung bestand aus Bläschen von verschiedener Grösse, Lagerung und Gruppiernng mit rundlicher Form und praller, transparenter Oberfläche, klarem Inhalt, auf Druck nachgehend. Die Blasen enthalten reichliche Mengen wasserklarer Flüssigkeit, die von selbst gerinnt. Die abfliessende Flüssigkeit ist, wenn man eine Blase öffnet, lang fadenziehend. Die grossen Schamlippen sind bedeckt mit dicken Höckern, infolge der mannigfachen Gruppierung und grossen Menge dieser Elemente. Die Untersuchung der Flüssigkeit und die histologischen Präparate bestätigen die Diagnose einer Dilatation der oberflächlichen lymphatischen Gefässe. Die Kranke (17 Jahre alt) hatte früher an vereiterten, wahrscheinlich tuberkulösen Leistendrüsen gelitten. Die gegenwärtige Erkrankung scheint in Verbindung zu stehen mit einer Narbenschrumpfnng, wie sie nach derartigen Prozessen zurückzubleiben pflegt. (V.)

Jaworski (31a) berichtet über einen Kasus von Ausstülpung nnd Vorfall der Harnröhrenschleimhaut bei einer 50jährigen Frau, die nie geboren hatte und bei der die Erkrankung nach einem Koitus eingetreten war.

Schmerzhafter Harndrang, unwillkürlicher Harnabgang und geringe Blutungen aus der Urethra waren die Klagen dieser Frau.

Die Untersuchung ergab unterhalb der Klitoris eine Schleimhautgeschwulst von Erdbeerengrösse mit einer in derselben bis znr Blase verlaufenden, in dem Schleimhautwulste eingebetteten Rinne.

Nach einer Operation, welche in Abtragung der vorgefallenen Schleimhaut mit nachherigem Vernähen der Wunde bestand, war kein Rezidiv nach mehreren Monaten eingetreten.

Verf. liefert eine eingehende Literatur. (Ps.)

Die Lage der Blase zum Uterus bedingt in vielen Fällen (33%) von Myom eine Affektion der Blase. Je nach dem Sitz des Myoms, seiner Grösse, dem Druck auf den Blasenboden etc. kann die Blasenstörung eine so grosse sein und die Kranke in ihrer Arbeitsfähigkeit so beeinträchtigen, dass eine konservative Behandlung, eventuell eine operative Entfernung des Myoms, angezeigt erscheint. In erster Linie bespricht Winter (68) den durch Myom hervorgerufenen Tenesmns vesicae, den Blasendruck. Derselbe kommt nach Winter dadurch znstande, dass der Blasenboden durch das Myom komprimiert nnd gereizt wird, respektive dadurch, dass das grosse Myom von oben her so auf der

Blase lastet, dass das Blasenlumen in sagittaler Richtung sich überhaupt nicht entfalten kann. An zweiter Stelle erwähnt er die Dysurie, einen schmerzhaften Drang vor oder nach dem Urinieren. Diese Dysurie ist meistens der Ausdruck einer Cystitis, welch letztere in ihrer Entstehung auf die Kompression der Blase von seiten des Myoms zurückzuführen ist. Als wichtigstes Blasensymptom bei Myomkranken führt Winter die Ischurie, die Harnverhaltung, an; dieselbe ist fast ausschliesslich dadurch bedingt, dass Blase und Urethra durch das Myom gegen die Symphyse gedrückt werden. Da infolge der Ischurie durch das notwendige Katheterisieren in kürzester Zeit eine Cystitis zustande kommt, die unter den gegebenen Verhältnissen nicht ungefährlich ist, so erscheint in vielen Fällen eine energische, direkt gegen das Myom gerichtete Therapie empfehlenswert. Auf jeden Fall ist bei Myompatienten jede krankhafte Erscheinung von seiten der Blase, durch die uns zu Gebote stehenden Hilfsmittel, wie die exakte Anamnese, den Palpationsbefund, durch chemische und mikroskopische Urinuntersuchung, durch Kystoskopie genau zu diagnostizieren, und ihr eventueller ursächlicher Zusammenhang mit dem Myom festzustellen, um daraus an zweiter Stelle eine Indikation zu erhalten für eine konservative oder eine operative Myombehandlung. (Pe.)

Die Scheidenhlutgeschwulst gehört zu den selten beobachteten Geburtsverletzungen; im Durchschnitt kommt sie unter 1500 Geburten einmal vor. Nach ihrem Sitz unterscheidet Walther (65) zwei Hauptgruppen: Das infrafasziale und das suprafasziale Hämatom. Ersteres lokalisiert sich meist nur in der grossen Schamlippe; das letztere ist das seltenere, aber auch das gefährlichere, da sich der Bluterguss retroperitoneal im Bindegewebe unbegrenzt ausdehnen kann. Verf. erwähnt zwei von ihm beobachtete Fälle von Haematoma vulvae. Die eine Kranke, welche neun Tage lang nach Entstehung der Geschwulst von anderer Seite exspektativ behandelt worden war, ging noch an demselben Tage zugrunde. Ursache des Todes war eine Gangrän der Scheidenwand mit anschliessender septischer Infektion.

Beim zweiten Falle war Walther durch Gefährdung des Kindes genötigt, die Geburt durch Zange zu vollenden. Durch Quetschung trat ein leichtes Ödem der linken Schamlippeninnenfläche auf. Eine Stunde post partum verspürte die Wöchnerin ein starkes Drängen an dieser Stelle nach dem After hin; dabei wurde sie sehr anämisch. Die genaue Untersuchung ergab ein suprafasziales Hämatom, das sich rapid vergrösserte. Da Gefahr der inneren Verblutung drohte, sah sich Walther genötigt, breit zu spalten, die Blutkoagula auszuräumen und fest mit Jodoformgaze zu tamponieren. Der Wundverlauf war ein guter; am 16. Tage war die Frau vollständig genesen.

Die Prognose ist in der Hauptsache abhängig von der Ausdehnung des Blutergusses. Therapeutisch ist bei dem sub partu entstandenen Hämatom die breite Inzision das einzig Richtige und Zweckmässige. In der Schwangerschaft entstandene Hämatome bilden sich meist wieder von selbst zurück. (Pe.)

Zur Beobachtung durch Maximow (40) kam eine Fettgeschwulst der Schamlippe bei einem 19 jährigen Mädchen. Von birnähnlicher Form hing sie an einem 10 cm dicken und 4 cm breiten Stiel bis über die Kniee herab. Der Stiel ging von der grossen Schamlippe und dem Mons veneris aus. Die Geschwulst war von weicher Konsistenz und zeigte deutliche Lappung; ihre Oberfläche war mit mehreren Geschwüren be-

deckt. Die Entfernung gelang leicht, die Wunde heilte per primam. Das Gewicht der Geschwulst betrug acht Pfund. Eine photographische Aufnahme vor der Operation zeigt die Geschwulst in situ, eine solche post operationem den schönen Erfolg ihrer Entfernung (Pe.)

Ein Fibrom der Schamlippe war bei einer 20jährigen Nullipara aus Selckes Praxis (59) in der Zeit von drei Jahren langsam znr Entwickelung gekommen. 15 cm lang, mit einem Dickendurchmesser von 4 cm hing die Geschwulst an einem 4 cm langen und 1 cm dicken Stiel, der in das Labium majus überging. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein reines Fibrom. Selcke empfiehlt auch solche einfachen Fibrome so früh als möglich zn entfernen, um anf diese Weise einer eventuellen sarkomatösen Entartung vorzubeugen. (Pe.)

Oppenheim (48) demonstrierte einen Fall von Condylomata acuminata der Vagina und Portio bei einer Graviden; von den an der Scheide sitzenden ist eins lang gestielt. (Pe.)

Während der Hauptteil von C. Ruges (54) Arbeit rein gynäkologisches Interesse beansprucht, ist der Schlussabschnitt über Vulvaveränderungen auch in dermatologischer Hinsicht sehr beachtenswert. Es sind in der Hauptsache die Adenome der Vulva, die hier bei Stellung der mikroskopischen Differentialdiagnose, ob gut oder bösartig, in Betracht kommen. Anf der einen Seite zeigen sie das Bild einfacher, mit Zylinderepithel ausgekleideter drüsiger Schläuche, auf der anderen ähneln sie sehr den Milchgängen der Mamma, sie zeigen dann einen „interkanalikulären Bau“. Beide Formen, ursprünglich gutartige adenoide Wucherungen, können karzinomatös degenerieren, durch Mehrschichtung des Epithels und Tiefenwucherung desselben. Veränderungen der Bartholinischen Drüsen bieten nach Ruge keine diagnostischen Schwierigkeiten, wohl aber die Adenome, die im unteren Teil der Vagina, wenn auch selten, zur Beobachtnng kommen. Zum Schlnss hebt der Autor den nicht zu unterschätzenden Wert der mikroskopischen Diagnostik hervor, die in manchen Fällen wohl recht schwierig sein kann, deren Befund aber sehr oft ausschlaggebend für diese oder jene Therapie ist. (Pe.)

Ätiologisch kommen bei Vulvakarzinom nach Frommes (24) Ausführungen zwei Hauptgesichtspunkte in Betracht: einmal eine auf einen bestimmten Hautbezirk beschränkte, multiple primäre Anlage zur Krebsentwickelung, und dann multiple, auf einen begrenzten Hautabschnitt einwirkende Reize, welche zu Karzinom prädisponieren. Der hier in Frage kommende Fall betrifft eine 65jährige Frau, die, früher immer gesnnd, seit ½ Jahre an den Genitalien starken Juckreiz verspürte, dem sich in den letzten Wochen auch noch ziehende Schmerzen hinzugesellten. Die Haut ist gerötet, stellenweise glänzend und fühlt sich hart an. Beide grossen Labien zeigen weisse, linsen- bis markstückgrosse, das Hautniveau nicht überragende, gut gegen die Unterfläche verschiebliche Knötchen. Da eine luetische Infektion negiert wird, erfolgt zur Sicherstellung der Diagnose eine Probeexzision. Die mikroskopische Untersuchung der Schnitte ergibt unzweideutig „das Bild eines typischen beginnenden Hautkrebses“. Zwei sehr gute Figuren demonstrieren deutlich den mikroskopischen Befund. Die Leistendrüsen, welche bei der Operation mitentfernt wurden, sind frei von Karzinom. Im weiteren bespricht der Verf. die verschiedenen Theorien über die Entstehung des Karzinoms und stellt sich im Gegensatz zu Ribbert in seiner Anschauung auf die Seite von Marchand und Israel, wonach Epithel-

zellen, unter der Einwirkung chronischer Reize, sich in das Bindegewebe eindrängen, dort durch vermehrten Blutzufluss stärker ernährt werden und durch ihren Lebensprozess ihrerseits wieder Produkte bilden, welche das umgebende Gewebe schädigen, und so sich selbst für eine immer grössere Ausdehnung den Weg ebnen.

Während Szasz den Pruritus als ein ätiologisches Moment der Leukokeratose betrachtet, die ihrerseits entweder maligne degenerieren, oder auch durch regressive Metamorphose zur Kraurosis vulvae führen kann, glaubt Fromme, dass das Karzinom auch direkt auf der Basis eines Pruritus zustande kommt. (Pe.)

Es handelt sich um einen sehr interessanten Fall Schmidlechners (58), der bei einer 33jährigen Frau zur Beobachtung kam. Die Frau — deren Mann früher an Lues und Gonorrhoe gelitten hatte — unterzog sich vor vier Jahren der Exstirpation eines linksseitigen Bubo. Vor einigen Monaten bemerkte sie einen Ausfluss aus der Scheide, der von einem heftigen Juckreiz begleitet war. Vom Arzte wurde ein Geschwür konstatiert, das aber jeder örtlichen und allgemeinen antiluetischen Behandlung trotzte. Bei der Aufnahme in die Klinik findet sich an der linken kleinen Schamlippe „ein fast kreisförmiges, gelapptes Ulcus, mit scharfem, hier und da unterminiertem Rande, dessen Durchmesser 4 cm beträgt.“ Das nicht blutende Geschwür sieht auf dem Grunde speckartig glänzend aus. Mikroskopisch waren nur ganz vereinzelte epitheloide Zellkerne nachzuweisen, Tuberkelbazillen fehlten. Das Bindegewebe war sehr zell- und gefässreich. Das 1877 zuerst von Schröder beschriebene Ulcus vulvae rodens ist in ätiologischer Hinsicht sehr interessant, und zwar wurden neben vorhergegangenen entzündlichen Prozessen, nässenden Papeln, schlecht geheilten Dammrissen, Onanie etc., besonders die radikale Entfernung von Bubonen für die Entstehung verantwortlich gemacht, da dadurch „Lymphstauung und trophische Störungen hervorgerufen werden.“ Therapeutisch ist dieser Affektion schwer beizukommen, am besten noch in ihrem Anfangsstadium durch Entfernung der ulzerierten Schamlippe. Prophylaktisch empfiehlt Schmidlechner bei Behandlung der Leistendrüseneiterung möglichst konservativ zu verfahren. (Pe.)

Schmidlechner (56) berichtet über zwei Fälle von Carcinoma clitoridis, die innerhalb 20 Jahren in der II. Univ.-Frauenklinik zu Pest zur Beobachtung und Operation kamen. 67 resp. 59 Jahre waren die Frauen alt. Beide Patientinnen litten schon längere Zeit vorher an starkem Juckreiz der Schamgegend. Makroskopisch stellten sich die Karzinome als nussgrosse, auf der Oberfläche unebene, leicht blutende, an der Klitorisgegend befindliche Gebilde dar. Nach Exzision wurde durch mikroskopische Untersuchung in beiden Fällen verhornter Plattenepithelkrebs festgestellt. Schmidlechner kommt dann auf die grosse Seltenheit dieser Neubildung zu sprechen, die auch von anderen Autoren bestätigt wird. In ätiologischer Beziehung sind schon die verschiedensten Momente beschuldigt worden: Starke Traumen, Kratzwunden, Geburtsverletzungen, zahlreiche frühere Geburten, Masturbation etc. v. Winckel glaubt an eine maligne Entartung angeborener gutartiger Geschwülste. In der grössten Zahl der Fälle kommt das Klitoriskarzionom in der Menopause zur Entwickelung. Die Prognose ist meist ungünstig, weil die Kranken in der Regel erst sehr spät ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen. Durch die Operation werden auch keine besseren Chancen quoad vitam geschaffen, doch ist Schmid-

lechner trotzdem dafür, zu operieren, um so auf einige Zeit wenigstens die Kranken von ihren Hauptbeschwerden zu befreien. (Pe.)

Primärer Krebs bei einer Frau von 67 Jahren, vom Charakter eines Adenokarzinoms, operiert in der Klinik des Prof. Fedorow in Warschau. Boguslawski (4) hat in der Literatur nur 14 analoge Fälle auffinden können. Häufig ist frühzeitige Infiltration der Inguinaldrüsen. (Sch.)

Der Fall Schmidlechners (57) betrifft eine 52jährige Frau, die seit 10 Jahren an Ausfluss litt; seit drei Monaten entwickelte sich bei ihr in der rechten grossen Schamlippe ein unempfindlicher, haselnussgrosser Tumor, der bald geschwürig zerfiel und reichlich rahmartiges Sekret absonderte. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst ergab ein Rundzellensarkom. Ob diese bösartige Neubildung ihren Ausgang von dem Perithel der Blutgefässe, oder von dem Endothel der die Kapillaren umgebenden Lymphgefässe nahm, lässt der Autor dahingestellt sein. Von Sarkomen der Vulva waren bisher nur 14 Fälle in der Literatur bekannt. Als Therapie kommt nur die radikal operative in Betracht. Die Prognose ist weitaus die schlechteste aller malignen Neubildungen. Nach Schmidlechner ist ein gleicher Fall bisher in der Literatur noch nicht veröffentlicht worden. (Pe.)

Maly (38) berichtet über einen Vulvatumor, der bei einer 36jähr. Patientin, die seit acht Jahren steril verheiratet war, zur Beobachtung kam. 15 Jahre lang hatte er nur die Grösse einer Erbse und sass im oberen Teile der rechten grossen Labie. Im Laufe des letzten Jahres entwickelte er sich zu einer gänseeigrossen, verschieblichen, parallelastischen Geschwulst. Bei der Exstirpation fiel auf, dass die Blutversorgung des Tumors durch einen sehr gefässreichen Bindegewebsstrang bewerkstelligt wurde, der etwas unterhalb des oberen Pols von der Rückseite her in den Tumor überging. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab eine sarkomatöse Neubildung, und zwar glaubt Maly, dass es sich um ein Myosarkom der rechten grossen Schamlippe handelt, das sich aus dem Ligamentum rotundum entwickelte. Letztere Annahme stützt er hauptsächlich dadurch, dass die Blutversorgung der Geschwulst von der Gegend des Lig. rotundum kam und dass das erwähnte gefässhaltige Bindegewebsbündel auf dem mikroskopischen Durchschnitt eine frappante Ähnlichkeit mit dem Lig. rotundum bot. Maly bespricht dann ausführlich den histologischen Bau der Geschwulstkapsel, der Rindenschicht und der sehr gefässreichen Markschicht und erwähnt noch eine Reihe ähnlicher in der Literatur beschriebener Fälle. (Pe.)

Ein Fall von Geschwulst der Schamlippe wird von H. Ruge (55) als der „Typus eines Schweissdrüsenadenoms" bezeichnet. Es handelte sich um eine Frau, bei welcher, gelegentlich einer Narkoseuntersuchung, ein „über erbsengrosses, hartes, unter der Haut verschiebliches Knötchen exzidiert wurde", welches oberhalb der hinteren Kommissur in der grossen Schamlippe sass und das in letzter Zeit deutlich gewachsen war. Die mikroskopische Untersuchung ergab nach Ansicht verschiedener Anatomen und Pathologen „ein malignes Adenom", und zwar ein Schweissdrüsenadenom. Zwei mikroskopische Bilder sind einer ausführlichen Beschreibung des mikroskopischen Befundes beigegeben. Differentialdiagnostisch kamen in Betracht eine Mamma supernumeraria, ferner eine Geschwulst, die durch verirrte Keime oder Absprengungen von Organteilen entstanden sei; doch sind der nachgewiesene Ausführungsgang, sowie dessen Auskleidung mit doppelschichtigem Zylinderepithel

nach Ruge untrügliche Zeichen eines echten Schweissdrüsenadenoms. Trotzdem ähnliche Fälle von Darier, Wierzbowski, Deichstetter beschrieben sind, kann dieser Fall von Ruge als der erste in der Literatur aufgeführte Fall von einem primären malignen Schweissdrüsenadenom bezeichnet werden. (Pe.)

Die beiden Haupttypen der entzündlichen Erkrankungen der weiblichen Genitalien, die Gonorrhoe und die puerperale Infektion, ergreifen gewöhnlich den ganzen Geschlechtskanal, und es hängt der Grad der Ausbreitung von der Stärke der Infektionsstoffe, von dem Verhalten der Kranken, von den ärztlichen Eingriffen und anderen Nebenumständen ab.

Abgesehen von den schweren Fällen puerperaler Sepsis und tuberkulöser Erkrankungen fasst Bäcker (2) die infektiösen, also gonorrhoischen Erkrankungen der weiblichen Genitalien, quo ad vitam als gutartige Prozesse auf, die bei rationellem Verhalten — im akuten Stadium Bettruhe, lokale Behandlung nur nach Ausklingen des Entzündungsprozesses, das Leben nicht gefährden. Allein Erspriessliches in der Bekämpfung der weiblichen Gonorrhoe kann nur die Prophylaxe leisten, eine gesunde Regelung der Prostitution. (L.)

In seiner von der Budapester Universität preisgekrönten Arbeit entwirft Makai (37) mit Benutzung der Gesamtliteratur ein einheitliches Bild vom heutigen Stande der Diagnostik und Therapie der weiblichen Gonorrhoe, ohne natürlich dem Fachmann Neues zu bringen. (L.)

Nenadowitsch (44) bespricht den Einfluss der Seeschlammbäder auf Puls, Atmung, Blutzirkulation und ihre heilende Wirkung bei vielen Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane, besonders gonorrhoischen Ursprungs. (Sch.)

Beim Vorzeigen der Präparate von Abszessen der Bartholinischen Drüse erwähnt Henkel (29) die frühere Behandlungsmethode dieser Affektion, die in Inzision, Auskratzung und Jodoformgazetamponade bestand. Jetzt schält er die ganze Drüse teils stumpf, teils mit der Schere aus und vernäht die Wundflächen. In der sich anschliessenden Diskussion stellt sich Henkel auf den Standpunkt, jeden abgekapselten Abszess der Drüse in toto zu exstirpieren, gleichgültig, ob er durch Gonokokken-, Staphylokokken- etc. Infektion veranlasst ist, unterlässt es aber bei gleichzeitiger phlegmonöser Entzündung des umgehenden Gewebes. Bröse vertritt die gegenteilige Ansicht: er macht bei gonorrhoischen Retentionsabszessen nur eine Inzision, bei Phlegmonen aber die Totalexstirpation der Drüse, um auf diese Weise bessere Bedingungen für das Ausheilen der Phlegmone zu schaffen. (Pe.)

Thorn (63) ist der Ansicht, dass in der allgemeinen Praxis nur die Endometritis post abortum und post partum behandelt werden soll, also zwei Arten von Endometritis, bei welchen der Cervikalkanal stets eine genügende Durchgängigkeit besitzt. Die Braunsche Spritze wendet er zur Ätzung der Corpusschleimhaut nur dann an, wenn die Cervix vorher dilatiert worden ist, und zwar injiziert er ganz vorsichtig; denn nur der starke Druck, mit welchem die ätzende Flüssigkeit in das Cavum uteri injiziert wird, und die Enge der Cervix sind nach seiner Ansicht die Veranlassung, wenn die ätzende Flüssigkeit in die Tube, eventuell sogar in die Bauchhöhle vordringt. Bei Besprechung der gonorrhoischen Endometritis warnt Thorn — wegen der Gefahr der Salpingitis und Perimetritis — nachdrücklichst davor, zu curettieren, sondern er verlangt eine rein exspektative konservative Behandlung. (Pe.)

Früher war die Ätiologie, Pathologie und Symptomatologie der Salpingitis chronica den meisten Ärzten ungeläufig. Vor allen Dingen wurde die gonorrhoische Infektion in ätiologischer Beziehung ganz bedeutend unterschätzt. Erst die Vervollkommnung der operativen Gynäkologie brachte durch Autopsie an der Lebenden Licht in dieses Dunkel. Was die Häufigkeit der Salpingitis gonorrhoica betrifft, so glaubt Theilhaber (62), dass in der Grossstadt ungefähr 10% der geschlechtsreifen Frauen daran leiden. Als Ursachen der Tubenentzündungen im allgemeinen werden die verschiedensten Infektionserreger angeführt, Tuberkelbazillen, Streptokokken, Staphylokokken, Bacterium coli commune usf., vor allem aber die Gonokokken. Menge und Wertheim sprechen sich in ihren diesbezüglichen Statistiken dahin aus, dass der Gonococcus in ungefähr 75% als Infektionserreger bei der Salpingitis in Betracht kommt. Von den Salpingitiden, die Theilhaber behandelte, waren mindestens 80% gonorrhoischen Ursprungs. Theilhaber bespricht dann eingehend die Symptome der Salpingitis, die sehr verschiedenartig auftreten können. Das häufigste Symptom ist der Schmerz, der meist durch die entzündliche Reaktion in der Umgebung hervorgerufen wird. Fieber kommt oft im Beginn der Erkrankung vor. Dreimal beobachtete Theilhaber Blasenblutungen, die mit Besserung der Tubenentzündung wieder sistierten. Ein häufiges Symptom ist die Sterilität. Pyämie trat in zwei Fällen als Folge von Salpingitis auf, einmal mit tödlichem Ausgang. Die akute Salpingitis behandelt er am erfolgreichsten durch Bettruhe, reizlose Kost und feuchtwarme Wickel. Bei der chronischen Salpingitis bewährten sich sehr gut heisse Sitzbäder bis zu 45° C. Elektrische Behandlung und Massage will er nur angewendet wissen, wenn die Tube keinen Eiter enthält. Bezüglich der operativen Behandlung stellt sich Theilhaber auf den Standpunkt, im ersten Jahre der Affektion überhaupt nicht zu operieren, im gegebenen Falle, wenn eben möglich, vaginal zu operieren und die Ovarien und den Uterus möglichst zu schonen, um die gefürchteten Ausfallserscheinungen hintanzuhalten. (Pe.)

Im vorliegenden Falle Bidwells (3) handelte es sich um ein 6jähriges Mädchen, das eine Ulzeration an der Innenseite der Vulva hatte. Der Urin war blutig gefärbt und wurde unter grossen Schmerzen entleert. Die Leistendrüsen liessen keine Schwellung erkennen. Auf Anwendung adstringierender Mittel verschwand der Ausfluss nicht. Die mikroskopische Untersuchung desselben ergab reichlich Gonokokken. Da im Verlauf der Krankheit hohe Temperaturen, bis 39,4, Urinverhaltung, sehr heftige Schmerzen auftraten und objektiv durch Rektaluntersuchung eine Schwellung der linken Seite des kleinen Beckens zu konstatieren war, wurde zur Operation geschritten. Beide Tuben waren strotzend mit Eiter gefüllt. Nach Exstirpation der Tuben, unter Belassung der Ovarien, wurde das Operationsfeld nach oben drainiert. Nach drei Wochen war die Wunde geheilt. Zur Beseitigung des noch fortdauernden gonokokkenhaltigen Ausflusses aus dem Uterus wurde curettiert; nach einer Woche war der Ausfluss völlig verschwunden. Bidwell verlangt zum Schluss, bei Salpingitis gonorrhoica der Kinder, mit der Operation solange zu warten, als eben möglich, wegen der durch Exstirpation der Tuben bedingten Sterilität. Um das Fortschreiten der Gonorrhöe der Cervix und des Uterus auf die Tuben zu verhindern, rät er, frühzeitig zu curettieren. Nach Ansicht des Referenten werden wohl wenige Gynäkologen diesen Rat befolgen. (Pe.)

Es handelte sich in Perrins Falle (52) um eine 24jährige Frau, die mit frisch erworbener Gonorrhöe in die Behandlung kam. Gonokokken wurden mikroskopisch im Urethral- und Vaginalsekret nachgewiesen. Die Gonorrhöe der Urethra verschwand innerhalb 14 Tagen, während die gonorrhoische Affektion der Cervikalschleimhaut weiter fortbestand. Die nach 14 Tagen eintretenden Menses waren sehr blutreich und schmerzhaft, auch liess der Touchierbefund nach Aufhören derselben eine deutliche beiderseitige Salpingitis erkennen, gegen welche von seiten des Gynäkologen Eisbeutel verordnet wurde. Nach vorübergehender Besserung traten zwei Wochen später heftiges Erbrechen und erneute starke Schmerzen auf, und innerhalb zwei Tagen verfiel die Patientin so rapid, dass zur Laparotomie geschritten werden musste. Diesen Eingriff überlebte die Frau nur drei Stunden. Bei der Operation fand sich das Omentum mit der linken Tube fest verwachsen; „zwischen diesen Strang und die hintere Bauchwand hatte sich ein Knäuel Därme eingezwängt und wurde durch denselben vollständig abgeschlossen". Perrin möchte für das Zustandekommen dieser Verwachsungen die Applikation des Eisbeutels beschuldigen und sucht diese Annahme verständlich zu machen durch den Hinweis auf die Beobachtung, dass bei mit Eis behandelter Epididymitis monate- und jahrelang verdickte Knoten im Nebenhoden zurückbleiben. (Pe.)

Wie Nenadovics (43) einleitend sagt, stellt seine Abhandlung „das Resultat eines literarischen Studiums dar". Von der Mitte des 18. Jahrhunderts bis zur Zeit Scanzonis war mehr die Trinkkur in Mode. Erst in der neueren Gynäkologie sehen wir ein grösseres Interesse für die Bäderbehandlung rege werden. Scanzoni rühmt als erster die Solbäder als „resolvierende Mittel". Nach ihm traten besonders Rouband, Barnes und Schröder für die Balneotherapie ein. In der neuesten Zeit empfahl sie Dührssen besonders bei chronischer Parametritis und Pelveoperitonitis und sah dabei grossartige Erfolge. Die meist auf dem Boden der Gonorrhöe entstehende Pyosalpinx und das Pyovarium werden zwar nicht radikal geheilt, doch werden die „Beschwerden sehr gemildert". Schauta hält die Fälle von gonorrhoischer Salpingitis, bei welchen weder eine Operation noch Massage am Platze ist, sehr geeignet für die Bäderbehandlung. Auf demselben Standpunkt stehen auch v. Rosthorn, Veit, Kleinwächter. Nach Kisch eignen sich die Wildbäder besonders bei chronischen Entzündungen der Ovarien und Tuben. Die alkalischen Thermalbäder haben einen sehr günstigen Einfluss bei gonorrhoischer Metritis und Vaginitis, sowie bei Sterilität. Schwefelthermen empfiehlt er bei Frauenleiden mit gleichzeitiger Lues. Des grössten Zuspruches erfreuen sich aber zurzeit die Mineralmoorbäder, durch welche oft eklatante Erfolge bei chronischen Entzündungsprozessen der weiblichen Genitalien erzielt werden. (Pe.)

v. Franqué (22) stellt sich auf den allgemein anerkannten Standpunkt, eine entzündliche Adnexerkrankung nur dann operativ anzugreifen, wenn eine länger dauernde konservative Behandlung ohne Erfolg geblieben ist. Von 257 mit Adnextumoren behafteten Frauen, welche innerhalb zwei Jahren in die Prager Klinik aufgenommen waren, wurden 211 rein konservativ behandelt, 10 konservativ-operativ — d. h. zur Unterstützung der konservativen Therapie wurde von der Scheide aus inzidiert und der Eiter nach aussen drainiert, während die Adnexe selbst unangetastet blieben — und in 36 Fällen wurde radikal operativ vorgegangen. Die konservativ-operative Behandlung empfiehlt v. Franqué auch für

die allgemeine Praxis. Der Eingriff ist ungefährlich, die Schmerzen der Kranken und das Fieber pflegen meist gleich nach der Inzision zu verschwinden, nur ist der Umstand unangenehm, dass oft Wochen bis Monate verstreichen, bis ein solcher Eitersack verödet und ausgeheilt ist. Die rein konservative Behandlung wurde mit Bettruhe und Eisblase eingeleitet, bis acht Tage lang kein Fieber mehr aufgetreten war, dann folgten Scheidenspülungen, Ichthyolglyzerintamponade, warme Wickel, Alkoholumschläge und Heissluftbehandlung. Wenn nach vier bis sechs Wochen die Tumoren sich dann teilweise zurückgebildet hatten und keine Schmerzen mehr bestanden, wurden Bäder verabreicht unter ausgiebigem Gebrauch von Franzensbader Moorsalz. Die bimanuelle Massage hält v. Franqué für streng kontraindiziert. Die Resultate der konservativen Behandlung waren im ganzen recht befriedigend. Für die rein operative Behandlung bestimmt er alle Fälle, die nicht klar erkannt sind und der konservativen Behandlung trotzen, ferner die Ovarialabszesse und besonders die tuberkulösen Adnextumoren, welch letztere gar keine ungünstige Prognose bezüglich der Dauerheilung bieten. Vor Einleitung jeglicher Therapie ist die Diagnose der Adnexerkrankungen unbedingt sicher zu stellen, vor allen Dingen gegenüber tubarer Gravidität und eventueller bösartiger Neubildung. (Pe.)

Eine Abhandlung berichtet über die Erfolge, welche de la Harpe (34) im Laufe von vier Saisons in Bex-les-Bains hatte. Zur Behandlung kamen Gicht, Nervenkrankheiten, Phlebitis, chirurgische Krankheiten und Frauenkrankheiten, von denen uns letztere hauptsächlich interessieren. Die Kur kam derart zur Anwendung, dass die heisse Fangomasse nach Art einer Badehose Abdomen, Gesäss und Schenkel umgab; diese Applikation geschah morgens, während die Patientinnen mittags ein Solbad nahmen mit gleichzeitiger heisser Injektion von 45—50° C. In vier Fällen handelte es sich in der Hauptsache um chronische gonorrhoische Oophoro-Salpingitis teils einseitig, teils doppelseitig, in je einem Falle um eine alte puerperale Parametritis und chronische Metritis und Endometritis. Drei der gonorrhoisch infizierten Frauen und die mit puerperaler Parametritis erholten sich vortrefflich unter der Behandlung; die beiden anderen zeigten weder subjektive noch objektive Besserung. Verf. kommt zu dem Schlusse, die kombinierte Sol- und Fangokur nur bei chronischen Fällen anzuwenden. (Pe.)

Bei erwachsenen, mit Gonorrhöe behafteten Frauen kommt nach Flügel (19) die des Rektums gleichzeitig durchschnittlich in 33% vor. Unter 56 Fällen von gonorrhoischer Vulvovaginitis infantum wurde elfmal Rektalgonorrhöe nachgewiesen = 20%. Es ist mit grösster Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass diese Rektalgonorrhöe nur durch herabfliessendes Sekret aus der Vagina zustande kommt, und das ist besonders dann zu befürchten, wenn der Ausfluss aus der Vagina ein reichlicher ist. Die subjektiven Beschwerden waren bei den erwähnten elf Fällen wenig ausgeprägt und dokumentierten sich nur in heftigem Stuhldrang und Brennen im After. Therapeutisch fanden Argent. nitric. und Albargin in Suppositorien sowohl, als in Spülungen mit günstigem Erfolge Anwendung. Die Dauer der Rektalgonorrhöe war verschieden lang und schwankte zwischen einigen Tagen und mehreren Wochen; doch kam sie stets schneller zur Heilung, als die gleichzeitig bestehende Gonorrhöe der Harnröhre und Scheide, wohl dadurch bedingt, dass die Schleimhaut des Rektum im allgemeinen nicht die günstigen Bedingungen für das tiefere Eindringen der Gonokokken abgibt, wie die Vaginal-

und besonders die Urethralschleimhaut. Flügel rät, bei Vulvovaginitis infantum auch stets nach einer gonorrhoischen Erkrankung des Rektum zu fahnden. (Pe.)

Im Anschluss an mehrere einschlägige Fälle wendet sich Doktor (14) hauptsächlich an die praktischen Ärzte; sie mögen die Gonorrhöe beim Weibe als keine leichte Erkrankung betrachten, da selbe in der Ehe zumindest so schwere Leiden und Verheerungen verursacht, als die Syphilis. (L.)

Oppenheim (50) berichtet über einen Fall von Gumma der hinteren Vaginalwand. Das Gumma zeigt sich als ein steilrandiger, guldengrosser, im vorderen Teile der hinteren Scheidenwand befindlicher Substanzverlust. Der Grund ist glatt und gereinigt, die Ränder sind infiltriert. Die Kranke hat vor vier Jahren Lues akquiriert, die schlecht behandelt worden war. (Pe.)

Veranlassung zu seiner Publikation gab Franceschini (21) eine 26-jährige Kranke, die fünf Jahre vorher mit Syphilis infiziert war; sie litt an heftigen uterinen Blutungen ohne jeden objektiven Befund am Uterus und den Ovarien. Jede Behandlung erwies sich als nutzlos. Erst nach Hg-Darreichung hörten die Blutungen auf; es stellte sich die reguläre Menstruation wieder ein und die Kranke erhielt ihren früheren Gesundheitszustand zurück. Franceschini glaubt, dass man bei diesen dunklen Krankheitserscheinungen an Syphilis denken müsse, und fragt sich, ob hier Syphilis der Ovarien oder des Uterus vorgelegen habe, ferner ob eine syphilitische Sklerose der Ovarien eine spezifische Gefässsklerose des Uterus verursacht haben könnte. Als differentialdiagnostisches Moment zwischen Hämorrhagien infolge Ovariensyphilis und Blutungen bei Gebärmuttersyphilis hebt er den intermittierenden Charakter der ersteren hervor, ferner ihren Beginn zugleich mit der Menstruation; erst später nehmen sie den Charakter reichlicher Metrorrhagien, die regellos sprungweise aufeinander folgen, an. (V.)

In einem Falle Oppenheims (49) umgeben Ulcera venerea portionis, auf einer Erosion zur Entwickelung gekommen, den äusseren Muttermund. Ihre Kontur ist rund, ein roter Rand umgibt sie. Das ist charakteristisch für die auf einer Erosion entstandenen Ulcera venerea. Der Nachweis des Ducreyschen Bacillus und positive Inokulation lassen keinen Zweifel darüber aufkommen, dass die Erscheinungen durch den genannten Bacillus hervorgerufen sind. (Pe.)

Während Olshausen (47) früher in schweren Fällen von Vaginismus die Exzision des Hymen vornahm, geht er jetzt so vor, dass er am ersten Tage in Narkose Dilatatorien einführt; das stärkste bleibt eine halbe Stunde liegen, währenddessen die Patientin aus der Narkose erwacht. Am folgenden Tage glückt es meistens schon, die Dilatatorien ohne Narkose anzuwenden, und in der Regel ist die Verengerung und Hyperästhesie nach achttägiger Behandlung beseitigt.

Den Pruritus vaginae teilt er in einen symptomatischen und einen essentiellen; der letztere ist zwar sehr selten, aber von ihm doch öfters beobachtet worden. Therapeutisch verwendet er mit sehr gutem Erfolge Mesotan, und zwar in einer Stärke von ein Teil Mesotan auf zwei bis vier Teile Ol. olivar., womit er Vulva und Introitus vaginae einpinselt. In sehr verzweifelten Fällen lässt er auch noch heisse Kataplasmen tagelang auflegen.

An dritter Stelle führt er die Garrulitas vulvae an, einen Zustand von Luftansammlung in der Vagina, die unter Geräusch wieder entweicht.

Olshausen glanbt, dass diese Garrulitas vulvae, für welche sich eine organische Erkrankung ätiologisch nicht nachweisen lässt, durch eine Muskelaktion zustande kommt, nnd er hält die Veitsche Ansicht für absolut unrichtig, wonach gaserzengenden Bakterien eine ursächliche Bedeutung zugesprochen wird. In der Diskussion erklärt Bröse, bei Behandlung des Vaginismus mit 10% Kokainlösung stets eine ausreichende Anästhesie zur Einführung des Spekulums erhalten zu haben. Für die Behandlung des essentiellen Pruritus empfiehlt er aufs Wärmste die energische Anwendnng des Paquelin. Bokelmann sah bei Pruritns sehr günstige Erfolge nach Anwendung von Ol. rusci. Für das Znstandekommen des Vaginismus beschuldigt er die mangelnde Potenz des Gatten. Strassmann glaubt, dass der sogenannte essentielle Pruritns bei alten Frauen durch Atrophie der Talgdrüsen zustande kommt. Er wendet therapeutisch Fett an, mit Zusatz von Menthol und Kokain. Von der therapeutischen Verwertung der Röntgenstrahlen sah er nichts Erfreuliches. Rnge empfiehlt als bestes Mittel zur Bekämpfung des essentiellen Pruritus die systematische Reinigung der Genitalien. Bnmm gebraucht in hartnäckigen Fällen von Pruritus mit gutem Erfolg stets den Paquelin. Was den Vaginismus betrifft, so glaubt er, dass es originäre Fälle gibt, die unheilbar sind. (Pe.)

LIII.

Lues des Auges.

Bearbeitet von **O. Schwarz**-Leipzig, mit Beiträgen von **Bietti**-Padua, **Ostwalt**-Paris und **Wicherkiewicz**-Krakau.

Literatnr:

1. Antonolli, A. und Benodetti, A., Les affections syphilitiques de la cornée à forme rare. (Über seltenere Formen syphilitischer Hornhautaffektionen.). Recueil d'ophthalmol. S. 401. 464, 523.
2. Aubineau, E., Difficultés du diagnostic de la nature syphilitique de l'iritis. Gaz. méd. do Nantes. 3. Juni.
3. Barbancey, Contribution à l'étude des gommes syphilitiques de la paupière. Thèse de Bordeaux.
4. Bichon, A., Dn rôle des infectione, particulièrement do la syphilis, dans la production des lésione de la myopie progressive. Thèse de Paris.
5. Burnett, S. M., Inflammation of the eye due to the toxins of the gonococcus. Journ. of the Amer. med. Assoc. 23. Dezember.
6. Carbone, Manifostazioni oculari tardive nella sifilide ereditaria. La clinica oculietica. S. 1991.
7. Elschnig. Über Keratitis parenchymatosa. Ber. über d. 32. Vers. d. ophthalmolog. Ges. in Heidelberg (mit 8 Fig auf 2 Tafeln).
8. Falchi, F., Contribuzione alla patologia fetalo dell' occhio nella eifilide ereditaria. Congreseo della Aesociazione ottalmologica italiana. Napoli. 10.—14. Okt.
9. Fazio, G., Sulla paralisi isolata ed nnilaterale dell' oculo-motore comune di origine sifilitica. Gazz. degli osped. 22. Jan.

10. de Fialho, A., Tratamento da syphilis ocular; methodo de Prokhorov modificado. Gazeta clinica de S. Paulo, Febr. u. Sem. méd. S. 115.
11. Gutmann, Adolf, Beitrag zur Ätiologie und Statistik der primären Iritis. Deutsche med. Wochenschrift. S. 1671.
12. Hopmann, Fall von Keratitis parenchymatosa (und Iritis) sowie Stenose im unteren Rachenraume durch Lues. Vereinigg. westdeutscher Hals- und Ohrenärzte.
13. Klein (Báringer) S., Die Adriaküste vom Standpunkte des Angonarztes. Wien. med. Wochenschr. S. 221.
14. Knapp, H., Syphiloma of the ciliary body. Journ. of the Amer. med. Assoc., 14. Januar.
15. Kowslewski, Über Primäraffekt am Lide mit Demonstration von Spirochäten. Berliner ophth. Ges, Sitzung v. 16. Nov.; Centralbl. für Augenheilkunde. Bd. 29. Dez.
16. Le Roux, H., Kératite interstitielle dans la syphilis acquise. Année méd. de Caen. April.
17. Derselbe, Gommes syphilitiques de la conjonctive. Année méd. de Caen. Oktober.
18. Lyle, H. Willoughby, Diseases of the eye in infants. Practitioner. Vol. 75. S. 556.
19. Magnani, Due casi di sifilide oculare. La clinica oculistica. S. 1953.
20. Manzutto, Un caso di sclerosi iniziale doppio delle palpebre. (Ein Fall von doppelter Initialsklerose der Lider.) Annali d'ottalmologia XXXIV. S. 37.
21. Mobilio, Contributo alla etiologia della retinite proliferante. Archivio d'ottalmologia XIII. S. 20.
22. Morax und Druais, Tarsite ulcéreuse syphilitique (Tarsitis ulcerosa syphilitica). Pariser Ophthalmol. Ges. 14. März. Recueil d'ophtalmol. S. 225.
23. Seligsohn, Fall von primärer Sklerose des Unterlides. Berliner Ophthalmol. Ges. 19. X.
24. Silfvast, J., Ett fall af höggradig defekt af ögonlocken, ersatt medels Thiersch'ska hudlappar. (Ein Fall von hochgradigem Defekt der Augenlider, durch Thiersch-sche Hautlappen ersetzt.) (Ätiol.: tertiäre Lues.) Finska läkaresällskapets Handlingar. Bd. 47. S. 1.
25. Stock, W., Das Ulcus corneae internum bei der syphilitischen Keratitis parenchymatosa. Beilageheft zum 43. Jahrg. der Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. S. 31.
26. Derselbe, Über einen Fall von Gummigeschwulst des Opticus hinter der Papille und von Chorioiditis gummosa. Klin. Monatsbl. für Augenheilkunde. 48. Jahrg. 1. Bd. S. 640.
27. Terrien, Syphilis de l'oeil et de ses annexes. Paris, Steinheil. (Ein vortreffliches und für jeden Arzt höchst wichtiges Buch). (S.)
28. Terson, A., Les gommes de la cornée. (Die Gummiknoten der Hornhaut). Bull. et mém. de la Soc. franç. d'ophthalmol. S. 241.
29. Turcan, H., Contribution à l'étude des gommes syphilitiques de l'iris. Thèse de Lyon.
30. Vinsonneau, C., Gommes syphilitiques de la cornée. Arch. d'ophthalmol. Februar. S. 104.
31. Wicherkiewicz, Zapoznawanie podstawy kilowej lub dopatrywanie sie jej niewlaściwe w chorobach ocznych. Postep okulistyczny Nr. 7 u. 8. S. 201 u. 237. (Das Verkennen der syphilitischen Basis und die unrichtige Annahme einer solchen bei Augenerkrankungen).

Klein (13) berichtet über die guten Erfahrungen mit den Wirkungen eines längeren Aufenthaltes (mindestens von einigen Monaten) an der Adriaküste bei einer Reihe chronischer konstitutioneller Augenerkrankungen, besonders solcher auf syphilitischer und skrofulöser Grundlage, die auf die übliche Behandlung sich wenig oder gar nicht besserten, oder bei denen infolge der angreifenden Kuren der Allgemeinzustand gelitten hatte. Schon durch die blosse klimatische Einwirkung wurde oft auffallende Besserung und Heilung erzielt. Klein führt auch die Gegenanzeigen an, um einer Diskreditierung der meeresklimatischen Wirkung vorzubeugen; dazu gehören alle sezernierenden Bindehauterkrankungen sowie namentlich der „Frühjahrskatarrh“, ferner gewisse Erkrankungen der Aderhaut und Netzhaut, die nicht syphiliti-

scher oder tuberkulöser Natur sind, und besonders Augenerkrankungen infolge von Malaria. (S.)

In der Einleitung betont Terrien (27) die Vielseitigkeit der Syphilis des Auges und ihre Gefährlichkeit wegen der Zartheit und Wichtigkeit des Organs; er gibt eine Übersicht über die objektive Untersuchung mit blossem Auge, Lupe und Augenspiegel (bei der Anführung der Ablatio retinae ist die Angabe „im Gebiete der Abhebung lässt sich die Retina nicht durchleuchten, sie erscheint weiss; es fehlt der rote Reflex" nicht allgemein gültig, zuweilen ist eine flache Ablösung nicht leicht zu erkennen. Ref.).

Im ersten Teil wird die hereditäre Syphilis besprochen. Hereditäre Syphilis in der zweiten Generation (d. h. vom Träger der erworbenen Syphilis ab in der dritten) hält Verf. noch nicht für sichergestellt. Die Erscheinungen der hereditären Syphilis werden der klinischen Bequemlichkeit halber in Früherscheinungen und Späterscheinungen geteilt (unter Betonung der nur relativen Gültigkeit dieser Einteilung). Die einzelnen Formen der Erkrankungen des Uvealtraktus, der Retina und Papille werden anschaulich beschrieben (die Iritisformen finden im zweiten Teil ihre genauere Besprechung). Auch die typische Retinitis pigmentosa wird zum Vergleich mit den spezifischen chorioretinitischen Veränderungen herangezogen, die Syphilis wird als eine der möglichen Ursachen der typischen Retinitis pigmentosa zugelassen. Für die von dem gewöhnlichen Pigmentsaum verschiedene, nach aussen verwischte peripapilläre Pigmentation (cadre pigmentaire), die Antonelli als charakteristisch für hereditäre Syphilis ansieht, bezweifelt Verf. (nach Ansicht des Ref. mit Recht) ihre syphilitische Natur.

Ein Abschnitt zählt auch die angeborenen Missbildungen auf, die gelegentlich auf Rechnung der hereditären Syphilis gesetzt wurden, besonders den Nystagmus. Verf. erkennt ihr aber nur eine gelegentliche Mitwirkung zu.

Im Kapitel über Späterscheinungen wird die häufigste und wichtigste Augenerkrankung, die Keratitis interstitialis, eingehend besprochen. Der Angabe, dass die Trübung gewöhnlich nahe dem Zentrum beginnt, kann Ref. nicht zustimmen; bei Fällen, die wirklich im Beginn zur Beobachtung kommen, sieht man die Trübung meist vom Rand einwandern. Bei der Besprechung der Heilung vermisst Ref. den Hinweis auf die in der Regel zurückbleibenden charakteristischen Hornhautgefässe, die eine nachträgliche Diagnose der hereditären Syphilis mit dem Lupenspiegel auch dann ermöglichen, wenn nur kleine Hornhautflecke zurückgeblieben sind. Nach Einführung der Komplikationen wird die Ätiologie erörtert und dabei den möglichen nichtsyphilitischen Grundkrankheiten wohl etwas zuviel Bedeutung zugeschrieben.

Für die Keratomalacie wird die hereditäre Syphilis als Hauptfaktor mit Recht hervorgehoben. Den Schluss des ersten Teiles bildet die Erwähnung der Erkrankungen des Sehnerven und der Augenmuskeln, die im zweiten Teil eingehender besprochen werden, da sie bei der hereditären Syphilis selten sind.

Der zweite Teil behandelt die erworbene Syphilis. Bei den einzelnen Abschnitten wird zugleich die Lokalbehandlung berücksichtigt. Im ersten Kapitel findet der Primäraffekt am Auge eine eingehende und vortreffliche Besprechung, besonders in diagnostischer Beziehung; auch der seltene Schanker der Bulbusbindehaut wird genau beschrieben. Das zweite Kapitel behandelt die sekundären Er-

scheinungen der Augensyphilis, wobei betont wird, dass die Trennung zwischen sekundären und tertiären Erscheinungen nur wegen der Bequemlichkeit der Darstellung beibehalten wird. Den breitesten Raum nehmen hier die Erkrankungen des Uvealtraktus ein, die in ihren verschiedenen Formen sehr gut beschrieben werden. Dass die mit staubförmiger Glaskörpertrübung einsetzende klassische luetische Chorioretinitis schliesslich mit einer bisweilen teilweisen, fast immer aber vollständigen Atrophie des Sehnerven endet, hält Ref. nicht für zutreffend (energische und wiederholte Allgemeinbehandlung vorausgesetzt). Bei der Lokalbehandlung der Aderhaut- und Netzhauterkrankungen werden auch die subkonjunktivalen Einspritzungen angemessen gewürdigt und ihre Unannehmlichkeiten nicht verschwiegen; da Verf. selbst den Hauptwert in der Begünstigung der intraokularen Zirkulation sieht, möchte Ref. eine stärkere Betonung der Kochsalzeinspritzungen (2%) gegenüber den auch bei Akoinzusatz nachträglich sehr schmerzhaften Quecksilber- und Jodpräparaten für wünschenswert halten. Die Technik der Injektionen ist noch einfacher als Verf. sie beschreibt, man braucht weder Lidhalter noch Pinzette, da man die Kanüle (wenn sie scharf genug ist) auch ohne solche ganz gut tangential unter die Bindehaut einstechen kann.

Nach den Erkrankungen der Netzhaut und des Sehnerven, die auch nach ihren verschiedenen anatomischen Abschnitten übersichtlich gegliedert werden, folgen die Sekundärerscheinungen der Annexe: Lider, Bindehaut, Tränenapparat, Orbita; bei der letzten werden des Zusammenhanges wegen die tertiären Erscheinungen gleich mit besprochen.

Das dritte Kapitel umfasst die tertiären Erscheinungen, zuerst die Gummata des Augapfels (Uvealtraktus) und der Annexe (Gummata der Lider, Tarsitis syphilitica, Lidödem, Gummata der Bindehaut und der Karunkel). Den motorischen Störungen wird eine Diagnostik der Augenmuskellähmungen vorausgeschickt (die Angabe des Verfassers, dass stets Doppelbilder bei einer Lähmung auftreten, bedarf der Einschränkung, dass dies bei einseitiger Amblyopie oft nicht zutrifft; die Diagnose bei Einäugigen ist nicht berücksichtigt), dann werden die klinischen Formen der Lähmung und schliesslich die Diagnose ihres Sitzes besprochen. (Von assoziierten Lähmungen spricht Verf. in doppeltem Sinn, einmal im gewöhnlichen — Lähmungen gleichsinniger Bewegungen — sonst aber im Sinn kombinierter Lähmungen.) Bei den nun folgenden Störungen des Trigeminus wird auch die Keratitis neuroparalytica eingehend berücksichtigt.

Im vierten Kapitel werden als parasyphilitische Erscheinungen die Augensymptome der Tabes und der progressiven Paralyse ausführlich erörtert. Bei Tabes sind die Pupillenstörungen klinisch im wesentlichen erschöpfend behandelt, unter Beschränkung der theoretischen Betrachtungen auf das für den Zweck des Buches Angemessene. Bei der Paralyse wären sogar einige Pupillenerscheinungen, die lediglich sekundäre Folgen bestimmter Störungen sind, wohl besser weggeblieben, da sie auf den in die komplizierte Pupillenpathologie nicht eingeweihten Leser eher verwirrend wirken. Dagegen würde Verf. bei einer neuen Auflage die Erwähnung vorübergehender Seelenblindheit, die zuweilen nach paralytischen Anfällen zu finden ist, gern begrüssen.

Der dritte Teil des Buches enthält die Allgemeinbehandlung. Hier wird vor allem, auch für die tertiären Störungen, der Quecksilberbehandlung das Wort geredet, und in erster Linie den intramusku-

lären Injektionen löslicher Quecksilbersalze, von denen Verf. das Hydrarg. bijodatum am meisten empfiehlt. Er zieht die wässerige Lösung vor und gibt hierfür an:

Hydrarg. bijodat. . .	0,2
Natr. jodat. pur. . .	0,2
Aq. destill.	10,0.

Die Injektion (1 g) ist fast schmerzlos, sie wird an 25—30 aufeinanderfolgenden Tagen wiederholt. Für schwere Fälle, namentlich wenn rasche Wirkung wichtig ist, werden die intravenösen Injektionen in der Lösung von Abadie empfohlen: Hydrarg. cyanat. 1,0 Aq., destill. 100,0 (je 1 ccm alle 2—3 Tage, in schweren Fällen selbst täglich). Die Technik der muskulären und der intravenösen Injektionen wird genau beschrieben.

Das Jod hält Verf. nur bei den tertiären Erkrankungen der Annexe für passend, bei Entzündung und Atrophie des Sehnerven dagegen selbst für schädlich.

Wenn in dieser Besprechnng einige kleine Ausstellnngen gemacht wurden, so geschah dies in dem Wunsch, dass der Nutzen des Buches bei einer neuen Auflage noch grösser werden möge, als er so schon für jeden Arzt ist. Das Buch ist vor allem auch geeignet, dem Nichtophthalmologen die diagnostische Wichtigkeit der syphilitischen Augenstörungen eindringlich klar zu machen. Besonders wo hereditäre Lues in Frage kommt, ist eine genaue Augenuntersuchung oft höchst wichtig und nicht selten diagnostisch ausschlaggebend.

Die inzwischen erschienene sehr gute deutsche Übersetzung von B. Kayser wird bei deutschen Lesern den Zweck des Buches noch leichter erreichen lassen. (S.)

Wicherkiewitz (31) zitiert verschiedene, zum Teil von ihm schon publizierte, zum Teil noch unbekannte Fälle, in denen bei Augenerkrankungen die syphilitische Basis nicht erkannt worden war, weshalb die Fälle lange erfolglos behandelt wurden, andererseits solche, bei denen im Gegenteil immer und immer wieder antiluetische Mittel angewandt werden, während sich das Übel teils bei Syphilitikern, aber auf anderer Grundlage, am Auge findet, teils bei ganz intakten Personen den Anschein syphilitischer Erkrankung erzeugt.

So ist interessant ein Fall von chronischer Irido-Cyclitis bei einem Armenier, der jahrelang antiluetisch behandelt wurde, während das Übel vom Verf. endlich einzig und allein mit Chinin und Arsen an dem stark malarischen Patienten mit Erfolg behandelt wurde.

Eine junge Frau wird wegen heftiger Stirnschmerzen von verschiedenen Ärzten mit Merkurialien und Jodpräparaten behandelt, weil sie selbst zu der Ansicht neigt, sie müsse von ihrem syphilitischen Manne infiziert worden sein. Die vom Verf. vorgenommene Untersuchung kann keine Spur einer spez. Infektion nachweisen, stellt aber eine Trigeminusneuralgie fest, welche dann auch schnell durch Chinin und Antipyrin beseitigt wird. (W.)

Im allgemeinen bestanden bei den von Falchi (8) untersuchten Embryonen oder Föten die pathologischen Veränderungen auf den beiden Augen. Nur bei einem 6,5 cm langen Embryo waren die pathologischen Veränderungen verschieden auf den beiden Augen.

Die Serie von Embryonen oder Föten, von welchen die Augen untersucht waren, fängt mit denjenigen, die 6,5 cm lang waren, an und endet

mit denjenigen, die eine Länge von 32 cm hatten. Die pathologischen Veränderungen kann man folgendermassen kurz zusammenfassen.

Die Lider zeigen manchmal kleinzellige Infiltration, besonders an den Haar- und Cilienfollikeln, den Meibomschen und Mollschen Drüsen und der Membrana adventitia der Gefässe. Die Arterien zeigen nicht selten Endoarteriitis proliferans und hyaline Entartung.

In den Tränenröhrchen fehlt immer das Epithel. Der Tränensack zeigt manchmal bindegewebige Neubildungen in seinem Lumen.

Auf der Conjunctiva findet man Epithelverlust und nicht selten Hyperplasien der Papillen.

Das Epithel der Hornhaut ist meistens zerfallen; manchmal beobachtet man in dem Bindegewebe ovuläre oder runde Entartungsschollen; das Endothel der Descemetschen Membran blieb, wenn es entwickelt war, selten erhalten.

Die Sklera ist sehr oft normal gefunden worden; manchmal zeigte sie degenerative Herde und Vakuolen. Diese Veränderungen bestanden gleichzeitig im Uvealtraktus und besonders in der Chorioidea bei dem grössten Teil der untersuchten Augen. Ausserdem zeigte der Tractus uvealis Extravasate, Thromben und knötchenförmige Bildungen in der Chorioidea.

Die Linse zeigt manchmal auseinandergetretene Fasern mit zackigen Rändern, während ihre Kernzone sich lange erhält. Ausserdem zeigt sie Entartungen (molecularis und granularis, colloid und gelatiniformis). Im allgemeinen sind die Veränderungen der Linse ausgesprochener bei den ganz jungen (6,5—8 cm langen), schneller mit der Fehlgeburt ausgestossenen Embryonen, als bei den Föten, bei welchen der Tod und die Frühgeburt in einem vorgeschrittenen intrauterinen Stadium stattfand, wie es z. B. bei 32 cm langen Embryonen, die eine Zeitlang im Uterus tot geblieben waren (bis zu 36 Tagen), der Fall ist. Der Glaskörper ist zum grossen Teil verändert und verschwunden. Die Pigmentierung des Glaskörpers erscheint unter der Form von zerstreuten Pigmentkörnern und Anhäufungen derselben. Das Pigment ist auch in den Rundzellen zu beobachten. Das Pigment stammt zum kleinen Teil aus demjenigen der Zellen der Proximalis und zum grossen Teil aus der Entartung der Erythrozyten der Blutgefässe des Glaskörpers. Die fast immer bei den heredo-syphilitischen Embryonen und Föten wahrgenommene Fragmentation in der Netzhaut stammt aus der Entartung der Elemente und des Stützgewebes der letzteren. Es zerfallen viele Stücke der Retina zum Teil oder vollständig in Detritus mit Pigment; es wird deshalb die Kontinnität des Stroma der Retina unterbrochen.

Auf der äusseren Oberfläche der Retina nimmt man braune Niederschläge von aus den Zellen der Proximalis herstammendem Pigment wahr. Auf der inneren Fläche beobachtet man Niederschläge von aus dem Glaskörper stammendem hämatischem Pigment. Ausserdem sind in verschiedenen Stücken der Distalis Pigmentkörnerzüge zu bemerken. In den Zellen der Distalis scheint das Pigment zuerst in ihren Ausläufern lokalisiert zu sein, bei anderen besetzt es auch das ganze Protoplasma und bei einigen auch den Kern, so dass die ganze Zelle schwarz pigmentiert ist.

Das dunkle Pigment des Gerüstes und der Zellen der Retina und die nachfolgende Nekrobiose von diesen verschiedenen langen Stücken nimmt einen Teil oder alle Retinaschichten ein. Infolgedessen bilden sich Niederschläge von Detritus mit schwarzem Pigment in gewissen

Strecken oder in der ganzen Dicke der Membran, mit totaler oder partieller Unterbrechung der Kontinuität des distalen Stromas in verschiedenen Punkten. Dies ist einer von den Hauptgründen des fragmentarischen Zerfalles der fötalen Netzhaut.

Es besteht Entartnng des N. opticus mit Vakuolisation seines Gerüstes und bie und da seltene Herde von interstitieller Nenritis.

Im N. opticus des R. A. des 6,5 cm langen Embryos nabm Verf. ein Endotbeliom wahr, welcbes aus der Proliferation der Endotbelien der Lympbräume der Pial- und Arachnoidalscbeide und des N. opticus selbst stammte. Die Karyokinese und das Vorbandensein von zablreichen Fibroblasten in diesem Tumor bedeuten sein scbnelles Wachstnm. Die Untersncbungen anf Mikroorganismen in den Angen nnd in den Adnexen von Embryonen und Föten mit Sypbilis bereditaria gaben keinen positiven Befnnd. (B.)

Carbone (6) fand als Spätsymptom der Sypbilis bereditaria Abblassung der Papilla N. optici mit Cborioretinitis aeqnatorialis. Der Aufsatz enthält sonst nichts besonderes. (B.)

Kowalewski (15) hat als erster in einem Primäraffekt am Oberlide einer 18jährigen Virgo massenhaft Spirochaete pallida nacbgewiesen, er fand diese anch nach Ausbruch des Exanthems an den Papillen des Stammes und der Genitalgegend. Die Untersucbung des ans den Präanrikular- nnd Cervikaldrüsen gewonnenen Saftes war negativ. Eine drei Tage nach eingeleiteter Injektionskur wiederholte Untersuchung der primären nnd der sekundären syphilitischen Produkte fiel ebenfalls negativ aus. Vortragender demonstriert an eigenen mikroskopischen Präparaten und einer Reibe von Schaudinn und Hoffmann zur Verfügung gestellter Pbotogramme den typischen Bau der Spirochaete pall. und zeigt mit dem Epidiaskop bei 1900facber Vergrösserung aufgenommene Photogramme der verschiedenen Spirochätenarten. (S.)

Seeligsobn (23) stellt einen 25jäbrigen Arbeiter vor mit Initialsklerose des linken Unterlides, das bis zur Grösse einer kleinen Pflaume geschwollen war; die Wimpern fehlten auf dem erkrankten Lide. (S.)

Es bandelt sicb um einen 25jährigen Patienten Manzuttos (20), der am oberen und am unteren Lid des linken Anges ein Ulcus sypbilit. zeigte. Patient sagte, dass ins Auge Schlamm geflogen war. Verf. hält aber diesen Umstand für sehr unwahrscbeinlich als Ursache der Krankheit. (B.)

Barbancey (3) beobacbtete einen Fall von knotiggescbwüriger Syphilis am Tränensack (den inneren Lidwinkel umgreifend) und Unterlid (fast recbteckiger Substanzverlust von 12 × 6 mm) bei einer 25jährigen Patientin in der Klinik von Prof. Badal; mehrere Ärzte batten den diagnostisch-schwierigen Fall verkannt und erfolglos behandelt; energische Qnecksilberknr hrachte schon nach acht Tagen fast völlige Heilung. Der Beschreibung des Falles und Anführung ähnlicher Fälle aus der Literatnr geht eine klinisclie Besprecbung der disseminierten gummösen Erkranknng der Lidhaut vorans, die nacb Blary von den isolierten, subkntan oder in der Muskelschicbt umschrieben oder diffus anftretenden Gummata zu unterscheiden ist. Die Ätiologie (meist erworbene Lues), patbologische Anatomie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose nnd Behandlnng werden erörtert, unter besonderer Berücksichtigung der Diagnose. Namentlich wird die Differentialdiagnose gegenüher

akuten Formen von Chalazion, dem Epitheliom, dem tuberkulösen Geschwür und dem Lupus ausführlich besprochen. (S.)

Morax und Druais (22) stellten zwei Männer vor, die beide ein tiefgreifendes Geschwür am Oberlid, der erste $7^1/_2$, der zweite 10 Monate nach dem Schanker, dargeboten hatten. Haut, Tarsus und Bindehaut waren an umschriebener Stelle vollständig zerstört. Unter energischer Quecksilberbehandlung (Kalomeleinspritzungen, Sirop de Gibert, im zweiten Falle auch lokale Injektion einiger Tropfen 1 : 3000 Sublimatlösung) trat Heilung mit narbiger Einziehung ein. (O.)

Anatomische Untersuchung durch Elschnig (7) der Augen eines achtjährigen hereditär-luetischen Mädchens, das seit etwa sieben Wochen rechts, seit etwa drei Wochen links an typischer parenchymatöser Keratitis erkrankt war, wegen asphyktischer Erscheinungen durch hereditär luetische Larynxgeschwüre tracheotomiert wurde und fünf Stunden danach infolge beiderseitigen Pneumothorax starb. Die regellos herdförmig angeordneten Veränderungen im Parenchym des rechten Auges teilt Elschnig in fünf Typen, wovon drei die verschiedenen Grade von Infiltration und Erweiterung der Saftspalten, von der Einlagerung weniger ovaler und vielgestaltiger Kerne nebst spärlichen Leukozyten bis zu konfluierenden Zügen von Detritusmasse mit reichlichen Kernfragmenten und teilweiser schleimiger Erweichung der Lamellen, betreffen; den 4. Typus bildeten Herde proliferierender Hornhautkörperchen, zum Teil mit spärlichen Gewebsresten und einkernigen Rundzellen dazwischen (an einer Stelle auch riesenzellenähnliche Gebilde), den 5. Typus ausgebreitete, von tiefliegenden Gefässen durchzogene Partien mit reichlichstem Auftreten von Kernen, fixen Hornhautkörperchen und Rundzellen um die Gefässe. Das Endothel der Descemetschen Membran war in grosser Ausdehnung abgeschilfert oder nur in Resten vorhanden. Die Sklera wies um die Cornea Rundzellenansammlung und obliterierte, von Granulationsgewebe umgebene Arterien auf; vom Hornhautrand schob sich ein zellreiches und gefässreiches junges Bindegewebe nach Art eines Pannus an Stelle der oberflächlichsten Hornhautschichten vor. Auch die Iris zeigte entzündliche Veränderungen.

Im linken Auge war Vaskularisation und die Zerfaserung der Hornhautlamellen viel weiter fortgeschritten, die nekrotischen Veränderungen fehlten; Herde proliferierter Hornhautkörperchen mit riesenzellenähnlichen Gebilden und auch einzelne ganz typische Riesenzellen waren hier in grosser Ausdehnung vorhanden.

Die parenchymatöse Keratitis sieht Elschnig nicht als eigentliche syphilitische Erkrankung an; ihre Ursache sieht er in Ernährungsstörungen, die nicht direkt durch luetische Endarteriitis bedingt, sondern als Folge der pathologischen Beschaffenheit der Gewebslymphe (vielleicht Vorhandensein von Syphilistoxinen) anzusehen sind. Die Veränderungen beginnen mit unregelmässiger Teilung der Hornhautkörperchen, die dann aufquellen und zerfallen. Ist deren Nekrose weiter fortgeschritten, so stellen sich sekundär nekrotische Veränderungen in den dazwischen liegenden Lamellen selbst ein. Die Operation erfolgt anscheinend fast ausschliesslich durch Proliferation der fixen Hornhautkörperchen.

Diskussion: Stock zeigt Abbildungen eines frischen und eines ausgeheilten Falles von parenchymatöser hereditär-luetischer Keratitis mit Perforation der Descemetschen Membran. Axenfeld betont die Möglichkeit, dass Lueserreger sich in der durchsichtigen Hornhaut auch ohne vorhergehende Veränderungen der Nachbarschaft niederlassen

können. Laqueur nimmt an, dass hei der Reparation stets nengebildete Blntgefässe mitwirken. Bircb-Hirscbfeld erwähnt, dass man analoge Veränderungen der Hornhant, wie Elschnig sie beschrieb, durch nltraviolettes Licht hervorrufen könne. von Hippel weist auf die Übereinstimmung der Befunde von Elschnig und Stock mit den Erfahrungen durch seine Flnorescein-Metbode (zentrale Färhung der Hornbauthinterfläcbe in manchen Fällen). Elscbnig betont hinsichtlich der Ätiologie, er habe nur festgestellt, dass die Veränderungen in seinem Fall nicht mit den typiscben sypbilitischen Gewebsveränderungen übereinstimmen und erwähnt, dass er zwei Fälle bereditär-luetischer parenchymatöser Keratitis ohne jede Spur von Gefässneuhildnng heobachtet hat. (S.)

Stock (25) liefert die anatomische Beschreibung zweier Fälle von parencbymatöser luetischer Keratitis hei Beginn der Infiltration im Zentrum. Der eine Fall betraf ein friscbes auffallend gelhlicbes parenchymatöses Infiltrat oherhalh des Hornhautzentrums in eiuem dnrch chronische Iritis und Seknndärglankom erhlindeten Auge eines 5jährigen Jnngen (Enukleation); das andere einen 24 Stnnden nach dem Tode herausgenommen Augapfel einer hereditär-syphilitischen Fran, der alte parenchymatöse Trühungen und Gefässe zeigte. In heiden Fällen waren Defekte der Descemetischen Membran vorhandeu. Bei dem friscben Fall war diese Memhran von hinten her arrodiert, durcb mehrere Löcher drangen die Leukozyten in das Pareuchym der Hornhaut ein. Im zweiten geheilten Fall war aucb sicber ein Defekt in der Descemetischen Membran vorbanden geweseu, einige Horuhautlamellen waren zngrunde gegangeu, später hat sich in dem Defekt Narbengewebe gebildet, in dem die gefalteten Reste der Descemetischen Membran eiugebettet waren. Oh Defekte der Descemetiscben Memhran im allgemeinen die primäre Ursache einer Keratitis parenchymatosa sind, lässt sich aus diesen Fällen nicht schliessen; die Vergleichung mit dem von Elschnig beschriebenen Fall (s. voriges Referat) lässt es möglicb erscbeinen, dass auch bei einer primären Erkranknng des Hornhautparenchyms sekundär durch Arrosion einer Perforation der Descemetischen Membrau ein Bild zustande kommen kann, wie im heschriebenen zweiten Fall. (S.)

Antonelli und Benedettis (1) Abhandlung ist im ganzen mehr eine zusammenfassende Arbeit. Zu erwähnen ist nur die Veröffentlichung eines nenen Falles von ulzerösem Syphilid — Art „Plaques muqueuses“ — der Hornhaut im sekundären Syphilisstadium (sechs Monate nach dem Schanker) bei einem 64jährigen Manne, sowie eines neuen Falles von Gummiknoten in der Hornbaut im tertiären Stadium. (O.)

Vinsonneau (30) beobacbtete in einem Falle von scbwerer frischer Sypbilis bei gleichzeitigem Bestehen eines Gummikuotens im weichen Gaumen eine interstitielle und ulzeröse Keratitis der rechten Hornhaut. Ansser zwei oherflächlichen Gescbwüren fand sich ein tiefer grauer Infiltrationsherd, den Verf. als Gnmmiknoten betrachtet. (O.)

Terson (28) bericbtet über einen Fall von typischem Gummiknoten inmitten des Hornhautgewebes. Es handelte sich um einen etwas nach aussen vom Hornbautzentrum gelegenen, nach aussen und innen vorspringenden, gelblichen Tnmor bei einer 22jäbrigen, hereditär-syphilitischen Arbeiterin, die schon vier Jahre zuvor eine Keratitis parenchymatosa gebabt batte. Vier Kalomelinjektionen in die Glntäen führten zur Heilung ohne Ulzeration. (O.)

Bei 150 Iritisfällen aus der Berliner Universitätsaugenklinik, bei denen der Allgemeinhefund von spezialärztlicher Seite festgestellt wurde, kam Gutmann (11) zu folgendem ätiologischem Ergebnis: 41 tuberkulöse Fälle (27%), darunter ein Fall von primärer tuherkulöser Iritis ohne weitere Erscheinungen am Organismus, Lues 48 Fälle (31,3%), chronische Nephritis 8 Fälle (5,3%), Krankheiten des Zirkulationsapparates 20 Fälle (13,3%), Kombination mehrerer Erkrankungen in sechs Fällen. Völlig negative oder nnwesentliche Befnnde (darunter zwei von Chlorose), Fälle (12%). (S.)

Turcan (29) kommt in seiner Stndie zu folgenden Schlüssen. Das Gnmma der Iris ist eine destruktive Erkrankung, die schon etwa fünf Monate nach der Initialsklerose auftreten kann, meist aber später, bis zu acht Jahren danach, auftritt. Charakteristisch ist seine Umwandlung in Nekrose unter gelblicher Verfärhung nnd die Bildung einer fibrösen Narbe. An der Basis des Gumma ist eine stärkere Gefässentwickelung vorhanden. Bei Ulzeration hildet sich ein Pseudohypopyon mit unregelmässiger Oherfläche, spezifische Erkranknng des hinteren Bulbusabschnittes ist oft gleichzeitig vorhanden. Die Differentialdiagnose gegenüher Ahszess, Tnmoren und hesonders dem Tnberkel wird besprochen. Frühzeitige energische Behandlung giht eine gute Prognose. Tnrcan empfiehlt besonders Quecksilber und Jodkali znsammen; lokal Mydriatica. (S.)

Bei einer 58jährigen Fran, üher die Stock (26) herichtet, bestand seit etwa acht Wochen Entzündung des linken Anges, das seit vierzehn Tagen ganz hlind war und glaukomatöse Erscheinnngen hekam. Entzündliches ahsolutes Glaukom mit enger Pupille nnd Pnpillarverschlnss. Enukleation. Anatomischer Befund. Makroskopisch: Sehnerv auf das Doppelte verdickt, auf dem Querschnitt an einer Stelle heller als gewöhnlich. Mikroskopisch: Randpannus an der Hornhaut, Iris etwas ödematös und zum Teil mit Rnndzellen infiltriert, fihrinöse Verklebuug des Pupillenrandes mit der Linse. Netzhaut durch fihrinöses Exsudat his etwa 3 mm hinter dem Ciliarkörper ahgehohen. Knotenförmige Auftreihung des 5 mm hinter der Lamina crihrosa ahgeschnittenen Sehnerven, grösste Dicke 4 mm, 1 mm vom Schnittende. Im Knoten keine normale Nervenfaser, nur Detritus; die Nekrose setzt sich durch die Lamina zur Papille fort, auch die angrenzende Netzhaut ist auf 1 mm Breite ganz zerstört. Weiter nach der Peripherie werden zuerst die äusseren, etwas später die inneren Körner sichthar; Ganglienzellen und Nervenfaserschicht sind fast his zur äussersten Peripherie zerstört. Stähchen- nnd Zapfenschicht nur auf der nasalen Seite erhalten. Zwischen den Stützfasern viele Hohlräume, zum Teil mit Fibringerinnsel erfüllt, an verschiedenen Stellen grössere Blutherde. Aderhaut einwärts von der Papille etwa 4 mm weit zerstört, im ührigen teils diffus, teils herdförmig mit massenhaften Rundzellen infiltriert; vereinzelte Riesenzellen. Arteria und Vena centralis sind in dem nekrotischen Knoten mit zerstört, an der Schnittstelle thromhosiert. (S.)

Mohilio (21) herichtet üher drei Fälle von Retinitis proliferans. Bei zwei Fällen handelte es sich um syphilitische Patienten. Bei dem dritten Falle war der Patient mit Wahrscheinlichkeit syphilitisch; er litt aber auch an Diabetes. Mohilio spricht die Meinung aus, dass die Syphilis eine grosse und vielleicht die grösste Rolle spielt in der Ätiologie der Retinitis proliferans. (B.)

Magnani (19) heschreiht einen Fall von Retinitis syphilitica mit Beteiligung des hinteren Irishlattes. Ein anderer Fall bot ein Gumma der Iris auf einem Ange und eine Iritis serosa anf dem anderen Auge dar. Letztere trat ein, als das Gumma im Rückgangsstadium war. (B.)

LIV.

Lues des Ohres und Grenzgebiete zwischen Otiatrie und Dermatologie.

Bearbeitet von **G. Heermann**-Kiel, mit Beiträgen von **Szenes**-Budapest und **Toeplitz**-New York.

Literatur:

1. Bar, L., Otomycoses associées; affections vésiculo-pustnleuses du conduit auditif externe par microphytes et hactéries pathogènes associées; diagnostic et traitement. Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. Febr.
2. Mewborn, Fall von syphilitischer Einimpfnng durch Katheterisierung der Eustachischen Trompete. Journ. of cutaneous diseas. April. S. 175.
3. Nohl, Fall von Lupus erythematosus des äusseren Ohres. Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 7. VI. (Diskuss.: Ehrmann, Ullmann, Weidenfeld).
4. Passow, Balneologie und Ohrenkrankheiten. Berliner klin. Wochenschr. S. 453.
5. Rosenstein, Alfr., Zur Kenntnis der syphilitischen Erkrankungen des Hörnervenstammes. Diss. Breslau u. Arch f. Ohrenheilkunde. Bd. 65. S. 193.
6. Rozier, Diagnostic de la syphilis par l'otologiste. Ann. des mal. de l'oreille du larynx, du nez et du pharynx. März.
7. Schvarcz, Ednard, A fülkagylo perichondritiséröl. (Über die Perichondritis der Ohrmuschel.) Beilage Nr. 4 von Budapesti Orvosi Ujság. Nr. 45.

Ein makulöses Syphilid bestand drei bis vier Tage lang hei einem 25jährigen Manne aus Mewhorns (2) Praxis, mit vergrösserten Drüsen, besonders auf der linken Halsseite. Er war in der Poliklinik wegen Taubheit mit dem Katbeter hehandelt worden. Im Nasenrachenraum zeigte sich eine grosse, diphtheritisch aussehende Plaque auf der linken Wand. Die Mündung der linken Trompete konnte nicht unterschieden werden. Später erschien ein Geschwür gerade über dem Gaumensegel. (T.)

Rosenstein (5) hat das in der Literatnr zerstreute Material gesammelt und kritisch gesichtet. Nur die ihm sicher erscheinenden Fälle, einschliesslich zweier eigener Beohachtungen (aus der Ahteilung für Ohren- etc. Kranke im Allerheiligen-Hospital zu Breslau), legt er seiner Arbeit zugrunde. Er kommt zu folgenden, zum Teil neuen und heachtenswerten Schlüssen: Die syphilitischen Erkrankungen des Hörnervenstammes sind relativ häufig. Wenn man früher das Gegenteil annahm, so ist dieser Irrtum dadurch entstanden, dass dem Hörnerven nicbt dieselbe Beachtung von den Untersuchern geschenkt wurde, wie den anderen Gehirnnerven. Auf der anderen Seite muss aber hervorgehohen werden, dass umgekehrt in von Otologen untersuchten Fällen die übrigen

Hirnnerven nicht genügend berücksichtigt wurden und so wieder Irrtümer über den Sitz der Affektion untergelaufen zu sein scheinen. — Meist erkrankt der Akustikusstamm ebenso wie die übrigen Hirnnerven im Verlauf einer basalen gummösen Meningitis. Gummibildung im Felsenbein und Kompression durch Verengerung des Meatus acustic. int. spielen eine viel geringere Rolle als man bisher annahm. — Kern und Wurzeln des Akustikus erkranken oft gleichzeitig mit dem Stamm, und darum ist eine klinische Differenzierung des Sitzes der Erkrankung sehr oft nicht möglich. — Bei gummöser Meningitis brauchen Hirnnervenlähmungen nicht auf neuritischen Veränderungen zu beruhen, sondern können auch in Degenerationsvorgängen im Kern und Wurzelgebiet ihren Grund haben. — Bei Lues hereditaria ist die Taubheit nicht immer auf Kosten einer primären Labyrinthitis zu setzen, sondern sie kann auch durch Neuritis acustica bedingt sein. Hierüber gibt die Untersuchung der anderen Hirnnerven Aufschluss. Der Akustikus scheint weniger widerstandsfähig, als der Fazialis zu sein. Degenerationsprozesse nach der Schnecke zu können sich rapide entwickeln. Darum kann man den Fazialis im Anschluss an eine spezifische Behandlung seine Funktion wieder aufnehmen sehen, während der Akustikus dauernd gelähmt bleibt. Trotzdem ist die Prognose auch in bezug auf ihn nicht ungünstig, wenn die Behandlung früh genug aufgenommen wird.

Ein nach allen Richtungen charakterisiertes Symptomenbild lässt sich noch nicht geben. Es wurden beobachtet Schwindelerscheinungen, subjektive Ohrgeräusche, Gehörsherabsetzung, Hyperaesthesia acustica, objektiv funktionelle Defekte der verschiedensten Art. Es sind aber auch Fälle beobachtet, wo alle diese Symptome fehlten und wo die in einem Falle selbst doppelseitige Schwerhörigkeit erst bei der Hörprüfung entdeckt wurde: Neuritis acustica ohne subjektive Symptome. Die früher von Gradenigo aufgestellten Kriterien der Hörnervenstammerkrankungen erwiesen sich bei der Prüfung an dem vorliegenden Material nicht als stichhaltig. (H.)

Die sich auf Syphilis beziehenden Ausführungen in Passows (4) Aufsatze über die Balneologie bei Ohrenkrankheiten bringen nichts Neues. (H.)

Die verschiedenartigsten Benennungen, wie Othämatom, Cyste und andere Erkrankungen an der Ohrenmuschel, die von pathologischen Veränderungen der Knorpelsubstanz herrühren und am häufigsten traumatischen Ursprungs zu sein scheinen, sind nach Schvarcz (7) eigentlich Erkrankungen des Perichondriums. Entwickelung, Verlauf und Ausgang dieser Prozesse zeigen stets dasselbe Bild und nur graduelle Unterschiede bestehen, je nach den Veränderungen des Perichondriums. Auf Grund dieser Veränderungen liesse sich nun folgende Einteilung treffen: Perichondritis serosa s. exsudativa, haemorrhagica oder seroso-haemorrhagica, ferner P. phlegmonosa, wenn auch das subkutane Bindegewebe gleichzeitig mitentzündet ist; ist auch der Knorpel miterkrankt, dann Chondro-Perichondritis. — Von den drei mitgeteilten Fällen war in einem Falle die Chondro-Perichondritis nach einer radikalen Aufmeisselung des Warzenfortsatzes aufgetreten. In einem anderen Falle scheint Lues solche Veränderungen verursacht zu haben, die später das Entstehen einer Perichondritis serosa herbeiführten. (Sz.)

LV.

Venerische Helkosen (einschliesslich Chancre mixte).

Bearbeitet von **A. Wolff**-Strassburg, mit Beiträgen von **Selenew**-Charkow und **Vörner**-Leipzig.

Literatur:

1. Burahae, Die Behandlung der Bubonen nach der Poroszschen Methode. Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.
2. Batut, Chancre mou accidentel de la main avec complications. Journ. des mal. cut. et syph. Heft 4. S. 241. (Extragenitales Ulcus molle mit schweren Folgen.)
3. Djatschkow, Über multiple Ulcera mollia. Russische Zeitschrift f. Dermatologie. Bd VII.
4. Feldmann, Zur Frage über die Anwendung des heissen fliessenden Dampfes bei der Behandlung der venerischen Geschwüre. Sibirische Ärztezeitung. Nr. 2.
5. Hoffmann, Erich, Über einen Fall von z. T. gangränösen Chancres mixtes an Lippe und Zunge mit später auftretendem Pseudochancre am Unterarm. Dermatol. Zeitschr. S. 491.
6. Derselbe, Ursache und Behandlung des weichen Schankers und seiner Folgen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 30. S. 958. (Enthält nichts Neues). (W.)
7. Jakowlew, Eine besondere, den Primäraffekt vortäuschende Art des Ulcus molle. Russ. Zeitschr. f. Dermat. Bd. 7.
8. Leconte, Sur une épidémie de chancres mous à Lille. Echo méd. du Nord. 3. Dezember.
9. Lipschütz, B., Beitrag zur Pathogenese der venerischen Bubonen. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 77. S. 191. (Schluss wird 1906 erscheinen — wird mit 1906 besprochen.) (W.)
10. Derselbe, Klinische und bakteriologische Untersuchungen über das Ulcus venereum. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 76. S. 209 und S. 347.
11. Migliorini, G., Osservazioni intorno alla cura delle adeniti inguinali da ulcera venerea. Riforma med. 14. Oktober.
12. Porosz, Ulcus venereum von grosser Ausdehnung. Orvosok lapja.
13. Rille, Zur Bakteriologie des weichen Schankers. Med. Ges. zu Leipzig. 11. VII.
14. Sachs, Ulcera venerea auf der Basis eines Lichen chronicus Vidal (mit Diskussion von Finger, Mraček, Neumann). Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 11. I.
15. Šamberger, F., Venerisches Geschwür bei einem Falle von abgeheilter Darierscher Krankheit. Verein böhm. Ärzte in Prag. Jan., März.
16. Siebert, Conrad, Über extragenitale Ulcera mollia. Medizin. Klinik. Nr. 48.
17. Thibierge, Ravaut et Le Sourd, Le chancre expérimental de la paupière chez les singes macaques. Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Nr. 10.
18. Volk, Zur Therapie der entzündlichen Leistendrüsen. Wiener med. Presse. Nr. 48.

Demonstration einer Anzahl Präparate von Schankereiter und exzidierten Ulcera mollia durch Rille (13). Im Anschluss daran bespricht Rille die Bakteriologie des W. Sch. Es ist ihm als erster die Kultur des Streptobacillus n. v. gelungen (1897). Der damals benutzte Nährboden wurde mit entfetteter Menschenhaut drei Stunden auf 60° ausgelaugt und dem Filtrat Agar-Pepton-Kochsalz zugesetzt. Ausserdem benützte er frische Menschenhaut (exzidiertes Präputium). Beide Nährmateriale sind fast durchsichtig und auf beiden gelang in je einem Falle die Reinzüchtung des Ducreyschen Bacillus aus Impfschankern. (W.)

Lipschütz (10) stellt sich die Aufgabe, die Frage der Ätiologie des Ulcus venerenm durch die mikroskopische und kulturelle Untersnchung zu lösen und zu diesem Zweck nicht nur die typischen, sondern die verschiedenen Ulcera venerea, der verschiedensten Provenienz, wie sie die Klinik oft darhietet, auf ihren Erreger zu untersuchen. Lipschütz beschäftigt sich znerst mit den gewöhnlichen typischen Formen des venerischen Geschwürs nnd zieht erst dann jene Fälle heran, in welchen, sei es wegen des Sitzes oder wegen der klinisch differenten Form, die Diagnose entweder nicht stets mit Sicherheit gemacht werden konnte, oder doch jedenfalls eine hakteriologische Untersnchung erwünscht war. Es sind dies: der sogenannte Follikularschanker, die elevierten Formen des venerischen Geschwüres, die Chancres mixtes nnd das Ulcus pseudovenereum; ferner das Ulcus venerenm der Scheide und Portio und das der Urethra; schliesslich die Differentialdiagnose der exulzerierten Papel und des venerischen Geschwüres. Die Untersnchungen wurden an über 600 Patienten vorgenommen. (W.)

Pat. von Sachs (14) aus der Fingerschen Klinik seit zwei Monaten infiziert mit mehreren zum Teil elevierten, zum Teil in Reinigung hegriffenen Ulcera mollia des inneren Präpntialhlattes und des durchrissenen Frenulum, Lichen chronicus vidal der vorderen Axillarfalten, der rechten und linken Genitokruralgegend mit ansgesprochener Lichenifikation. Auf der Basis dieser lichenifizierten Hautflächen 11 Snhstanzverlnste unregelmässiger Anordnnng, eleviert, linsekorn- bis hellergross mit schmntzigen Borken hedeckt, nach deren Entfernnng man deutlich den eitrig helegten unehenen Geschwürsgrund mit unterminierten Rändern sieht. Im Eiter der Geschwüre sind reichlich Dncreysche Bazillen enthalten.

In der Diskussion weist Finger auf das unterschiedliche Verhalten der weichen Geschwüre auf der änsseren Haut hin. Ihr klinisches Exterieur verändert sich nnd die Infiltration des Randes trete besonders intensiv hervor. Mraček gedenkt eines Patienten seiner Ahteilung, bei welchem 96 Geschwüre am Penis, Scrotum regio puhis und Schenkelfläche sich entwickelt hatten. Er betont die Seltenheit von Adenitiden bei so zahlreichen Geschwüren, der Häufigkeit derselhen gegenüber bei ganz kleinen Geschwüren des Frenulums, wo das reiche Lymphgefässnetz das Zustandekommen dieser Komplikationen hegünstigt.

Nenmann weist auf die Hebraschen Impfungen hin, hei welchen eine lokale und temporäre Immunität für weiches Schankergift nach 30—40 Impfungen entstanden war.

Finger warnt vor zu starker Betonung von Impfversuchen aus vorhakteriologischer Zeit. (W.)

Fall von Ulcus molle, hei welchem eine papillomatöse Wncherung des Grundes von Šamherger (15) heobachtet wurde. (W.)

Nachdem Siehert (16) die Seltenheit des extragenitalen Ulcus molle hesprochen hat, führt er einen Fall von Ulcus molle des kleinen Fingers an hei einem Patienten, der keine Erkrankung der Genitalien nachweist. Die Diagnose wurde mikroskopisch festgestellt und durch Kultur auf Kaninchenblutagar bestätigt. (W.)

Ein Arzt infizierte sich, wie Batut (2) mitteilt, durch einen Nadelstich mit Schankersekret hei Gelegenheit einer Phimosenoperation. An der Stichstelle entwickelte sich ein Ulcus molle, dann kam es zu einer Phlebitis der Ellenheuge, zn Adenie und Suppuration der Axillardrüsen,

weiter zu einer Periostitis der Clavicula nnd einer Entzündnng der superclavikularen Drüsen, schliesslich noch zu einem Erisipel auf dem Rücken. (V.)

Ein 57jähriger Tischlermeister aus E. Hoffmanns (5) Beobachtung steckt sich gelegentlich eines Cnnnilingus bei einer Protistuierten an. Zwei Tage darauf entsteht eine wunde Stelle an der Zungenspitze und nach weiteren zwei Tagen ein Geschwür an der Unterlippe. 14 Tage darauf suchte er die Klinik auf.

Die mikroskopische Untersuchnng des vom Rande abgekratzten Sekrets ergibt Streptobazillen, die an Form und Lagerung denjenigen des Ulcus molle entsprechen. Da der Gedanken an eine gleichzeitige Infektion mit Syphilis nahe lag, wurde eine Einreibungskur mit 4 g pro die eingeleitet. Die Geschwüre nahmen trotzdem zu, die Behandlung wurde ausgesetzt, nachdem der Patient 44 g Ung. ciner. geschmiert hatte und lokal mit Chlorzinkbrei geätzt. Beide Geschwüre reinigten sich bald und begannen unter Jodoformbehandlnng sich zn verkleinern. Nach ca. 20 Tagen bildete sich aber eine Induration des Grundes immer deutlicher heran und die Geschwürsnarben wandelten sich in typische, harte, flacherodierte Primäraffekte um. Es wurden dann die Einreibnngen wieder aufgenommen und bis auf 76 weitergeführt (10. November). Am 20. Dezember zeigte der Patient auf der Streckseite des linken Unterarmes eine fünfpfenniggrosse Erosion, die sich auf einen schuppenden talerstückgrossen Ekzemfleck entwickelt hatte und die ganz das Anssehen und die Beschaffenheit eines Initialsymptoms hatte. Die regionäre Kubitaldrüse wurde hart, walnussgross, zu ihr führte von der Erosion aus ein stecknadeldickes, indolentes Lymphgefäss. Eine andere Auffassung, als dass es sich um einen Psendochancre, Chancre redux, Syphilome chancriforme handelt, ist nicht znlässig. Der Ekzemfleck hat im Sinne Tarnowskys die Reiznng gebildet, die zur irritativen Induration geführt hat. Hoffmann hebt dann noch die Bedeutung hervor, die in bezug auf die Ansnahmen zum Collesschen Gesetz solche Geschwüre besitzen. Mütter, welche ihre Kinder stillen und einer andanernden Reizung ihrer Mamillen ausgesetzt sind, können ebensogut einen Pseudochancre an der Warze bekommen, der ebensogut wie im vorliegenden Fall von Lymphangitis und einer regionären Adenitis gefolgt werden kann. Wenn noch obendrein ein Rezidivexanthem zu diesem Bilde sich gesellt, liegt die Möglichkeit einer Infektion der Mutter vor sich zn haben — somit eine Ausnahme vom Collesschen Gesetz — sehr nahe. (W.)

Der weiche Schanker, welcher sich durch andere Mittel nicht bessert, wird nach Feldmann (4) durch Anwendung heissen Dampfes von 50° (täglich eine Sitzung von 5 bis 8 Minuten), schnell geheilt. (S.)

III. Teil.

Krankheiten der Geschlechtssphäre

(ausschliesslich Lues und venerische Helkosen).

Krankheiten der Harnwerkzeuge.

LVI.

Krankheiten des Penis, der Urethra und Prostata (ausschliesslich der Gonorrhöebehandlung und der Prostatitis gonorrhoica). Allgemeine urologische Pathologie und Therapie.

Mit Beiträgen von **Churchman**-Baltimore, **Goldenberg**-New York, **Kanitz**-Klausenburg (im Auftrage von **v. Marschalkó**-Klausenburg), **Krysinski**-Warschau (im Auftrage von **v. Watraszewski**-Warschau), **Rasch**-Kopenhagen, **Schiele**-St. Petersburg, **Selenew**-Charkow und **Verrotti**-Neapel (im Auftrage von **De Amicis**-Neapel), bearbeitet von **W. Tamms.**

Literatur:

1. Aievoli, E., Sni canali anomali del pene: urethra duplex; condotti paruretrali. Gazz. degli osped. 17. September.
2. Alexander, S., Observations upon the cause and treatment of perineal abscesses and of periurethral suppurations above the triangular ligament. Med. Record. 28. Oktober.
3. Derselbe, Prostatic and periprostatic abscess; a contribution to the study of these conditions and their treatment by operation. Ann. of Surgery. Dezbr.

3a. Allen, Gardner W., A case of papillomatous urethritis (Ein Fall von papillomatöser Urethritis). American Journal of Dermatology and genito-urinary diseases. Februar.

4. Altmann, Siegfr., Indikationen und Kontraindikationen Bad Gasteins bei Prostatahypertrophie. Wiener med. Wochenschr. S. 881.
5. Andersen, K., 2 tilfaelde af Youngs perinaeale prostatectomi. Norsk Mag. for Laegevidenskaben. November.
6. André, Des abcès de la prostate et de leur traitement. Rev. méd. de l'Est. 15. Juni.
7. Andrews, E. W., Destroying the urogenital diaphragm or pelvic floor as a means of relieving prostatic ischuria a new operation. Ann. of Surgery. Dez.
8. Argentum jodatum. Pharmaceut. Zeitung. S. 823.
9. Arneill, J. R., Infection of the urinary tract by the colon bacillus, simulating uremia. Amer. Medicine. 20. Mai.
10. Arneth, J., Experimentelle Untersuchungen zum Verhalten der weissen (und roten) Blutkörperchen bei Infektions- und Intoxikationsversuchen, sowie nach Einverleibung von Eiweisskörpern und Heilserie; ein hämatologisch untersuchter Fall von Katheterfieber beim Menschen. Zeitschr. f. klin. Mediz. Bd. 57. S. 288.
11. Asch, Paul, Die Einwirkung der Sublimatinjektionen auf die Schleimhaut der Harnröhre und ihre Gefahren. Münch. med. Wochenschr. S. 1197.

11a. Bach, Hugo, Ein rasch wachsendes Rundzellensarkom der Prostata. Diss. München.

12. Balassa, J., Prostata-kö és aspermatismus esete (Ein Fall von Prostatastein und Aspermatismus). „Urologia", Vierteljahrsbeilage des „Budapesti orvosi ujság". Nr. 4.
13. Ballenger, E. G., A review of some recent papers on the surgical treatment of prostatic hypertrophy. Med. Record. Vol. 67. S. 166.
13a. Derselbe, Strictures of the urethra (Strikturen der Harnröhre). Medical News. 11. November.
14. Bangs, L. Bolton, Etiology of enlarged prostate. Med. Record. Vol. 67 S. 524. 8. April.
15. Derselbe, Reflex irritations from lesions in the male urethra. New York med. Journ. 14. Oktober.
16. Derselbe, The etiology of hypertrophied prostate. Med. Soc. of the State of New York. 1. II.
17. Barker, M. R., Contribution to the surgery of the prostate gland. New York med. Journ. 16. Dezember.
18. Barnett, C. E., Pathologic changes resulting from prostatic enlargement. Amer. Medicine. 8. April.
19. Bauer, L., Adhaesio cellularis praeputii, mint constipatio elöidézöje csecsemöknél (Adhaesio cellularis praeputii als Ursache der Konstipation bei Säuglingen). „Urologia", Vierteljahrsbeilage des Budapesti orvosi ujság. Nr. 4.
20. v. Baumgarten, Experimente über ascendierende Urogenitaltuberkulose. Berliner klin. Wochenschr. S. 1381.
21. Derselbe, Über experimentelle Urogenitaltuberkulose. 77. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte, Abt. f. pathol. Anat. u. Pathol. (Diskuss.: Orth, Albrecht, Chiari).
22. Bazy, Des rétrécissements congénitaux de l'urèthre. Soc. de chir. 17. Mai.
23. Derselbe, Double adénome prostatique. Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris. S. 921. 8. XI.
24. Derselbe, Du rétrécissement congénital de l'urèthre chez l'homme. Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris. S. 763. 19. VII. (Diskuss.: Moty.)
25. Derselbe, Prostate hypertrophiée enlovée par voie transvésicale. Bull. et mém de la Soc. de chir. de Paris. S. 782. 19. VII.
26. Bock, Carl. Intorno alla tecnica della dislocazione uretrale nella ipospadia ed in altri difetti e lesioni dell' uretra. Policlinico, partie chir. XII. 3.
27. Derselbe, La technique de la dislocation de l'urèthre dans les hypospadias et autres vices de conformation et lésions de l'urèthre. Rev. de chir. Juli.
28. Derselbe, Urethroplastic dislocation. New York med. Journ. 13. Mai.
29. Belfield, William T., Pus infections of the genital tract in the male. Joint meeting of the Chicago urological and Chicago med. Soc. 1. III.
30. Bering, Fr., Untersuchungen über Prostatasekret, insbesondere die Corpora amyloidea. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 75. S. 307.
30a. Bernstein, Ein Fall von Priapismus. Monatsberichte für Urologie. Bd. 10. H. 12. S. 705.
31. Biland, J., Über einen Fall von Staphylohämie (mit Urethritis, Epididymitis und Exanthem). Corresp.-Bl. f. Schweiz. Ärzte. 15. Juni.
32. Birnbaum, Die Anwendung der Tuberkulinpräparate bei Urogenitaltuberkulose zu diagnostischen Zwecken. Med. Ges. in Göttingen. 2. II.
32a. Biesell, Joseph B., The indications for prostatectomy (Indikationen zur Prostatektomie). Americ. Journ. of Dermatology and Genito-urinary diseases. Januar.
33. Blum, Viktor, Die Röntgenstrahlen im Dienste der Urologie. Zeitschr. f. Heilk. Bd. 26. S. 342. Abt. für Chirurgie.
34. Bonanome, A. L., A proposito d' un caso di prostatectomia totale perineale. Policlinico, partie chir. XII. 8.
34a. Boogher, J. Leland, Symptomatology of prostatic diseases (Symptomatologie von Prostataerkrankungen). American Journal of Urology. Mai.
35. Brönnum, Nogle bemorkninger an gonokokfarvning (Einige Bemerkungen zur Gonokokkenfärbung). Hospitalstidende. S. 464.
36. Brongersma, H. J., De operatieve behandeling van prostaathypertrophie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 17. Juni.
36a. Cabot, Follen, Prostatic hypertrophy; its surgical treatment; conclusions drawn from 25 cases, operated on by the writer (Prostatahypertrophie, ihre chirurgische Behandlung, Folgerungen aus 25 vom Verfasser operierten Fällen). American Journal of Urology. Juni.

37. Caldorone C., Meccanismo d' aziono de' sali di argento sulla mucosa uretralo di' cani. Ricercho istologicho comparative. Giorn. ital. delle malattio venereo e della pelle. Nr. 1. S. 5.
38. Carabolli, C. et Luraschi, C., La radiothérapio par voie perinéalo contre l'hypertrophie prostatique. Sem. méd. S. 305.
39. Dieselben, La cura dolla ipertrofia dolla prostata cei raggi X. Gazz. degli osped. 18. Juni. Nr. 73.
40. Carloten, B. G., A treatise on urological and venoreal diseases. Philadolphia, Boericke and Tafel.
41. Carruccio, Nete di terapia della blenorragia cerebrale acnta, subacuta e cronica. Sociotà ital. di dermat. o sifilogr. Dic., vedi Giern. it. dello m. von. e della pelle. 1906. Fasc. 1.
42. Charrasse, L., Indications réciproques dn cathétérisme et do l'intervontion chirurgicale dans l'hypertrophie prostatiqno. Thèso do Lyon.
43. Chetwood, C. H., Prostatism withont enlargemont of tho prostate; its dignosis and treatment. Ann. of Surgery. April. Nr. 4.
44. Dorselbe, Prostatism without prostatic enlargement, its diagnosis and treatment. Med. Soc. of tho Stato of New York. 1. 11.
45. Chevassn, Poche urinouse congénitalo de la portion antérienre de l'urèthre renformant trois calculs volumineux et hypospadias pénien. Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris. S. 682. 5. VII. (Diskuss.: Lncas-Championnière).
46. Chiechanowski, Stanislaus, Anatomical researches en the so-called „Prostatic hypertrophy“ and allied processes in the bladdor and kidneys (translation). London. Henry Kimpton.
47. Christian, H. M., Acuto prostatitis. Amer. Medicine. 16. September.
48. Chncho, Ch. R., Valour do quelques données urologiqnes dans les affections dn foie. Thèse de Paris.
49. Chnrchman, J. W., A case of congenital urethral stricture associated with hematuria and symptoms suggesting renal disease. Johns Hopkins Hosp. Bull. Jnli. Vol. XVI. S. 256.
50. Derselbo, Paranrethritis. Jonrn. of the Amer. med. Assoc. 14. Januar.
51. Ciaccie, C., Über die fuso-apirilläre Symbiese Vincenta und über ihre Vereinigung mit dem Gonococcus Neisser. Gazz. degli osped. e dello clin. Nr. 101.
52. Dorselbo, Snlla simbiesi fuso-spirillare di Vincent o sna associazione col gonococco di Neisser. Gazzetta degli ospedali o cliniche. Nr. 101.
53. Cohn, Paul, Eino primäre nicht gonorrhoischo Urethritis mit auffallend reichlichen Influenzabazillen. Deutsche med. Wochenschr. S. 1152.
54. Cesontino, A., Centributo all' istio-patelogia dell' ipertrofia prostatica. Arch. di anat. patol. I. 2.
55. Crewdor, T. R., Tuberculosis of the prostate. Amer. Journ. of the med. scienc. Juni.
56. Cnturi, F., Sull' olettro-massaggio nell' ipertrefia prostatica. Policlinico. 21. Mai.
57. Czerny, Über Prostatektomie. Arch. f. klin. Chir. Bd. 77. S. 156.
58. Derselbe, Über Prostatektomie. 34. Kongr. der Deutsch. Ges. f. Chir. (Diskuss.: Kümmell, Lexer, J. Israel, Nicelich, A. Freudonborg, Küstsr, Riodel, Hock, Ernst R. W. Frank).
59. Dienst, Zur Ätiologie des Urethral-Prolapsea. Gynäkol. Ges. in Breslan. 17. I.
60. Drohny, B., Sifilis predctatelnoi shelesy (Syphilis dor Prostata). Medizinokoge Obosrenije (Medizinische Rnndschau) Nr. 7.
61. Emödi, A., A nemi visszaélések okezta megbetegedések nyilvánnlási módjaivól esetek kapcsán (Über dio Erscheinnngsformen der durch geschlechtliche Missbräucho orzengton Veränderungon im Anschlnsse an Fällo besprochon). „Urelogia“, Viorteljahresbeilago des Budapésti ervosi njság Nr. 3.
62. Engelmann, Alfred, Ein Fall von multipler Keimversprengnng im Urogenitaltraktus. Diss. München.
62a. Engolmann, G. ven, Die Behandlung dor Prostatahypertrophie nach Bettini. St. Petersburg. med. Wochonschr. 23. u. 30. Angust.
63. Erdmann, J. F., Prostatectomy in emergoncy cases. Med. News. 14. Januar.
64. Eybert, A., Dn rétrécissement vrai de l'urèthre consécutif à l'atrésie dn méat et an phimosia. Thèse de Lyon.
65. Faisans, Le drainage périnéal par la sondo do Pezzer appliqué an traitement palliatif de certains cas d'hypertrophie prost atiqno. Thèse do Bordeaux.
66. Finger, Fall mit oinem vom rechten Corpus cavernosum penis ausgehendon Gnmma nnd Narbon auf der Glans penis nach Hantgummen. Verhandl. der Wiener Dormatol. Ges., 25 I.

67. Foisy, E., Le rétrécissement congénital de l'urèthre. Thèse de Paris.
68. Fowler, Geo. R., Some observations on the techniqne of perineal prostatectomy. Med. Soc. of the State of New-York. 1. 11.
69. Derselbe, The technic of perineal prostatectomy. Med. News. 18. März.
70. Franceschini, G., Beitrag zur Klassifikation und Symptomatologie der Harnröhrenentzündung auf nicht gonorrhoischer Grundlage. Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. S. 257.
71. Frank, Jacob, Complete perineal prostatectomy by Youngs technique. Chicago med. Soc., 8. III.
72. Freyer, P. J., A recent series of 60 cases of total enncleation of the prostata for radical cure of enlargement of that organ. Brit. med. Journ., 20. Mai.
73. Derselbe, Total enncleation of the prostate in advanced old age. Lancet, 25. Februar.
74. Derselbe, Total enucleation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ, with a review of 206 cases of the operation. Brit. med. Journ., 7. Oktober.
75. v. Frisch, Mann mit totalem Defekt des Genitales (infolge Abfressens in der Kindheit durch einen Hund). Ges. der Ärzte in Wien, 14. IV.
76. Fuller, E., The question of priority in the adoption of the method of total enucleation, suprapubically, of the hypertrophied prostate. Ann. of Surgery, April. Nr. 41.
77. Galewsky, Über Urethritiden ohne Gonokokken. Gynäkol. Ges. zu Dresden, 17. III. (Diskuss.: Osterloh, Peters, Kaiser, Albert, Schanz).
77a. Ganeen, Gustav, Über Divertikel der männlichen Harnröhre, ihre Entstehung und ihre Beziehungen zu Harnröhren- bezw. Blasensteinen. Diss. Bonn.
78. Gardner, F. E., Congenital stenosis of the urethra. Med. Record, 23. Dezember.
79. Goebel, Carl, Über idiopathischen, protrahierten Priapismus. Mitt. a. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir. Bd. 13. S. 578.
80. Göbell, 2 Fälle von Prostatahypertrophie, geheilt durch die Prostatectomia suprapubica. Med. Ges. in Kiel, 6. V.
81. Görl, Kritische Besprechung der neueren Harndesinficientia. Nürnberger med. Ges. u. Polikl., 7. XII.
82. Goldberg, Demonstration aseptischer Katheterrohre, Katheterhakes und Katheterrohrkörbe. Allg. ärztl. Verein zu Köln, 10. u. 17. IV.
83. Derselbe, Über Urinantiseptika der Formaldehydgruppe. Allg. ärztl. Verein zu Köln, 10. u. 17. IV.
83a. Gotthard, Walther, Über die Behandlung von Prostatahypertrophie mit perinealer Prostatektomie und deren Erfolge in der Bonner chirurgischen Klinik. Diss. Bonn.
84. Grillo la Rocca, V., Pseudo-balanite transitoria da coito. Gazz. degli osped., 23. Juli.
85. Grosse, Otto, Ein chirurgischer Universal-Sterilisator. Arch. f. klin. Chir. Bd. 77. S 289.
86. Grosse, O., Notiz über Sterilisation. besonders von Kathetern und chirurgischen Messern. Ärztl. Verein München. 10. V. (Diskuss.: Kronacher).
87. Grossmann, E., Ein Urinfänger für Kinder. Münch. med. Wochenschr. S. 2426.
88. Gross, Louis, Urethral chancre with misleading complications (Urethralschanker mit irreführenden Komplikationen). American Journal of Dermatology and Genito-urinary diseases. Juli.
88a. Grosz, Siegfried, Über nichtgonorrhoische Urethritis. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 75. S. 39. Verhandl. der Wien. dermatol. Ges. mit Diskuss. am 7. VI. von Finger, Nobl, Deutsch, Sachs, Ullmann).
89. Grünfeld, Josef, Zur Lehre von den Divertikeln der Harnröhre. Halbmonatsschr. f. Haut- und Harnkrankh. S. 25, 33.
90. Guépin, A., Le traitement de l'hypertrophie sénile de la prostate. (Selbständig erschienen.)
91. Derselbe, Traitement rationnel de l'hypertrophie prostatique sénile. Compt. rend. hebd. des séanc. de l'Acad. des Scienc. Tome 141. S. 376.
92. Gunderson, A., Prostatahypertrofiens operative behandling. Norsk. Mag. for Laegevidenskaben, Mai.
93. Haberern, J. P., Daten zur Lehre der Harnröhrenstrikturen und der Entzündungen der Prostata. Pest. med.-chir. Presse, 22. Januar.
94. Derselbe, Adat a húgycsöszűkületek és prostata-lobok ismeretéhez. (Ein

Beitrag zur Kenntnis der Harnröhrenstrikturen und Entzündungen der Proetata). Orvosok lapja Nr. 10.
95. v. Hacker, Über die Distensionsplastik der Urethra. 77. Vers. dentscher Natnrforscber und Ärzte, Abt. f. Chir. (Diskuss. Payr).
95a. Hagner, Francie R., Bottini operation and report of 20 cases, with remarks on new instrument (Bottinis Operation mit Mitteilung von 20 Fällen und Bemerkungen über ein neues Instrument). American Journal of Urology. April.
96. Härting, Heilung eines Falles von Prostatabypertrophie durch seknndäre Prostatektomie nebst historischen Ausführungen. Med. Ges. zu Leipzig. 6. VI.
97. Halbbnber, Franz, Danerbebandlung der Harnbeschwerden infolge Prostatahypertrophie mit Helmitol. Wien. med. Presse, S. 1339.
98. Hallopeau, P., Contribntionà l'étude des tumeurs malignes de la prostate. Thèse de Paris.
98a. Harlan, Earl, Urethrorrhoea. American Journal of Dermatology and Genitourinary diseases. May.
99. Harrieon, Reginald, Heilmethoden bei Prostatabypertrophie. I. Kongr. der Internat. Gee. f. Chir.
100. Dereelbe, Prostatectomy. Med. Record. Vol. 67. S. 729.
101. Derselbe, Some cases of nrethral stricture complicated with a prostatic false ronte or passage. Lancet, 18. Februar.
102. Hartmann, Methoden der Heilnng von Proetatahypertrophie. I. Kongr. der Internat. Ges. f. Chir.
102a. Hawkins, John A., Prostataabszess. American Jonrnal of Urology. Mai.
103. Hensner, Über Prostatotomia infrapnbice. (Diskuss.: Stern, v. Bardeleben, Lenzmann). 18. n. 19. Vers. der Vereinigg. niederrheinisch-westfäl. Chirurgen.
104. Hildebrandt, Moderne Behandlung der Proetatahypertrophie. Gee. der Charité-Ärzte in Berlin. 6. VII. (Diskuss.: Krans, Senator).
104a. Hörnig, Panl, Kasuistik der Uracbuszysten. Diss. Leipzig.
105. Holmel, Enlarged proetate gland enncleated through a perineal opening. Philadelpbia County med. Soc. 12. IV.
106. Holt, L. Emmet, Gonococcus infection in children. New York Acad. of Med. 2. III. (Diskuss.: Wood, Edgar, Kimball, Koplik, Southworth, Jacobi, Morrow, Weeks, Knapp, Townsend.)
107. Dereelbe, Gonococcus infections in children, witb especial reference to their prevalence in inetitntions and means of prevention. New York med. Journ. 18. nnd 25. März.
108. Hntb, P., Fascol in der Gynäkologie. Therap. d. Gegenw. S. 492.
109. Jaffé, Max, Stellt die Bottinische Operation einen Fortschritt in der Behandlnng der chronischen Urinretention bei Prostatikern dar? Klin. Jabrbnch. S. 433.
110. Janssen, P., Zur Technik der Amputatio penis. Zentralbl. f. Chir. 20. Mai.
111. Jaworeki, J., O wynicowaniu i wypedniecin cewki moczowej u kobiet (invereio cum prolapsu urethrae). Gaz. lekarska. 7. Oktober.
112. Impens, E., Über Methylenzitronensäure und Helmitol. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 82. S. 409.
113. Ingianni, G., Appareil improvisé pour la stérilisation des cathéters uréthraux. Sem. méd. S. 271.
114. Derselbe, Di un mezzo semplicissimo per sterilizzare in qnalche minnto ogni catetere. Gazz. degli osped. 1. Juni.
115. Joeeph, Max nnd Polano, M. E., Cytodiagnoetische Untersncbungen gonorrhoischer Sekrete. Arch. f. Dermat. n. Sypb. Bd. 76. S. 65.
116. Iselin et Paetean, Rétrécissement blennorragiqne de l'nrèthre périnéal. Bull. et mém. de la Soc. do chir. de Paris. S. 917. (8. XI.)
117. Kallionzie, Sur les rétrécissements congénitaux de l'urètbre chez l'homme. Bnll. et mém. de la Soc. de chir. de Paris. S. 697. (12. VII.)
118. Kaveczky, B., Ein operierter und gebeilter Fall einer in der Prostatagegend sitzenden Echinokokkenzyste. Monatsberichte für Urologie. X. 6.
119. Derselbe, Un cas de kyste échinococciqne antour de la prostate, opéré et guéri. Ann. dee mal. dee organes gén.-urin. 1. Mai.
120. Keyee, Edward L., Rétrécissement inflammatoire de l'nrèthre postérieur. Ann. des mal. des organes gén.-urin. 15. Angust.
120a. Keyes, Edward L. jr., Simple nlcer of the bulbous urethra (Eiofechee Gescbwür der bulbösen Harnröbre). American Journal of Urology. März.
121. Klein, R., Kasuistischer Beitrag zur therapentiscben Anwendnng dee Dr. Aronsonschen Antistreptokokkenserums. Berliner klin. Wochenschr. S. 66.
122. Koblenck, Die Beteiligung der Harnwege beim Uternekarzinom und ihre operative Behandlung. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 55. S. 184.

123. Köuig, Präparate einer ausgedehnten Lithiasis der Harnwege. Biol. Abt. des ärztl. Vereins Hamburg. 5. XII. (Diskuss.: Lochte, Wiesinger, Brugsch, Delhenco.)
124. Korufeld, Ferd., Über Druckspülungen zur Behandlung von Krankheiten der Harnwege. Zentralbl. f. d. ges. Ther. S. 57.
125. Derselbe, Zur Symptomatologie der Urosepsis. Wien. med. Wochenschr. S. 518, 572.
126. Konvitchineky, La blennorrhagie infantile. Thèse de Lausanne.
127. Krösing, Beiträge zur Diagnostik der Tuberkulose der Harnorgane. (Diskuss.: Lichtenauer, Oppenheim.) Wissenschaftl. Verein der Ärzte zu Stettin. 7. III.
128. Kümmell, Herm., Die operative Behandlung der Prostatahypertrophie. Arch. f. klin. Chir. Bd. 77. S. 999.
129. Derselbe, Die operative Behandlung der Prostatahypertrophie. Ärztl. Verein in Hamburg. 16. V. (Diskuss.: Wiesinger, Wulff, Grieeou.)
130. Derselbe, Geheilter Fall von Prostatakarzinom. Ärztl. Verein in Hamburg. 12. XII.
131. Dereelbe, Methoden der Behandlung von Prostatahypertrophie. I. Kongr. der Internat. Ges. f. Chir.
132. Lebreton, P., Le toucher rectal, moyen de diagnostic et de traitement dans l'uréthrite bleunorrhagique aiguë. Ann. des mal. des organes gén.-urin. 15. März.
133. Lecène, P., Epithélioma de l'urèthre balanique propagé au gland. Bull. et mém. de la Soc. anatom. de Paris. Juni.
134. Le Für, R., Des rétrécissements inflammatoires de l'urèthre postérieur. Ann. des mal. des organes gén.-urin. 1. Januar.
135. Legueu, F., Guérison complète par la prostatectomie périnéale d'une rétention complète de dix-sept ans. Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris. S. 863. (18. X.)
136. Dereelbe, Prostatektomie bei Prostatahypertrophie. I. Kongr. der Internat. Ges. f. Chir.
137. Lewis, J. P., Treetment of chronic prostatic enlargement. Boston med. and surg. Journ. 9. November.
138. Lichtenberg, Genese der Paraurethralgänge. Naturhistor.-med. Verein Heidelberg. 16. V. (Diskuss.: Bettmann.) Münch. med. Wochenschr. S. 1192.
139. Lichtenstern, Hospitalbrand, 5 Tage nach einer Prostatektomie. Heilung. Ges. der Ärzte in Wien. 10. XI.
140. Lilienthal, Howard, Superpubic prostatectomy. Med. Soc. of the State of New York. 1. II.
141. Dereelbe, The treatment of prostatic hypertrophy by enncleation through a suprapubic incision. Ann. of Surgery. April. Nr. 41.
142. Loeb, A., Fall von Diabetes insipidus nach Beseitigung einer etarken kongenitalen Phimose. Unterelsäss. Ärzteverein in Strassburg. 28. I.
143. Löb, R., Über Urethritis non gonorrhoica und Irritationsurethritiden. Monatsberichte für Urologie. X. 4.
144. Lohnstein, H., Prostata und Trauma. Allg. med. Zentr.-Ztg. 5. u. 12. August.
145. Liudfore, A. O., Fall af större eudourethral avulst (fibrosarkom) hos kvinna. Upsala läkar. förhandl. Bd. 11. S. 82.
146. Luye, G., Endoscopie de l'urèthre et de la vessie. (Selbständig erschienen.)
147. Lydeton, G. Frenk, Contribution to the plastic surgery of the urethra. New York. med. Journ. 29. April.
148. Derselbe, Etiology of acute prostatic inflammation and suppuration. New Orleans med. and surg. Journ. März.
148a. Dereelbe, Urethral neoplasme (Neubildungen der Harnröhre). American Journal of Surgery and Gynaecology. Mai.
149. Malherbe, A., Note sur un cas d'hématurie grave d'origine hémophilique survenue chez l'homme à la suite d'un cathétérisme. Ann. des mal. des organes gén.-urin. 1. Mai.
150. Mankiewicz, O., Die Prostatahypertrophie. Med. Klinik. 29. Januar.
151. Mayer dit Meyersohn, L., De la circoncision et spécialement de la circoncision rituelle envisagée au point de vue historique, hygiénique, préventif et prophylactique. Thèse de Paris.
152. Mc. Kiunon, A. I., Suprapubic prostatectomy. Med. Newe. 19. August.
153. Meyer, Robert, Zur Histogenese der mesodermalen und teratomatösen Mischgeschwülste des Urogenitalsystems. Ges. f. Geburtsh. u. Gynäkol. zu Berlin. 24. III. u. 14. IV.

154. Meyer, Willy, Personal experiences in prostatic surgery during the last two years. Med. Soc. of the State of New York. 1. 11.
155. Derselbe, The choice of method in operating upon the hypertrophied prostate. Med. Record. 7. Oktober.
156. Mezincescu, D., Die Pseudotuberkelbazillen bei der Diagnose der Tuberkulose. Deutsche med. Wochenschr. S. 1920.
157. Michel, Contribution à l'étude clinique du cancer de la prostate. Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux. 23. April.
158. Migliorini, C., Osservazioni intorno alla cura dell' ascesso prostatico nei blenorragici. Giorn. ital. delle malattie veneree e della pelle. Fasc. 6. S. 633.
159. Monié, Rétrécissement cicatriciel proprement dit de l'urèthre, consécutif à la varicelle, chez un enfant de cinq ans; uréthrotomie interne; guérison. Ann. des mal. des organes gen.-urin. 1. März.
160. Monnet, L. E., Les voies urinaires et leurs maladies. (Selbständig erschienen.)
161. Moskalew, M. N., Experimente über Impfungen der Gonokokken an kleinen Laboratortieren und die Versuche zur Serotherapie. Russk. Wratsch. (Russischer Arzt.) Nr. 9. (Aus dem Laboratorium von Professor A. D. Pawlowsky in Kiew.)
162. Moszkowics, Röntgenbehandlung der Prostatahypertrophie. Ges. der Ärzte in Wien. 31. III.
163. Moszkowicz, L. und Stegmann, R., Die Behandlung der Prostatahypertrophie mit Röntgenstrahlen. Münch. med. Wochenschr. S. 1390.
164. Motz, B. et Perearnau, Contribution à l'étude de l'évolution de l'hypertrophie de la prostate. Ann. des mal. des organes gén.-urin. 15. Oktober.
165. Moullin, C. Mansell, Enlargement of the prostate, its treatment and radical cure. London. H. K. Lewis.
166. Müller, Ottmar, Über die Behandlung der Prostatahypertrophie. Ärztl. Verein in Nürnberg. 16. II.
167. Müller, R. und Scherber, G., Zur Ätiologie und Klinik der Balanitis erosiva circinata und Balanitis gangraenosa. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis. Bd. 77. S. 77.
168. Nicolaier, Arthur, Über Methylenhippursäure. Therapeut. Monatsh. S. 7.
169. Derselbe, Über Methylenzitronensäure und methylenzitronensaures Urotropin. (Bemerkungen zu Impens S. 409). Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 82. S. 607.
170. Nicolich, Sur le traitement des prostatiques en rétention incomplète chronique aseptique avec dilatation de la vessie. Ann. des mal. des organes gén.-urin. 1. Mai.
171. Oberländer, F. M., Die Therapie der Prostatahypertrophie. Deutsche med. Wochenschr. S. 1137.
171a. Ochsner, Albert J., Important points in the technique of perineal prostatectomy (Wichtige Punkte in der Technik der perinealen Prostatektomie). American Journal of Dermatology and Genito-urinary diseases. Juli.
172. Orticoni, B., Contribution à l'étude de l'urotropine. Thèse de Lyon.
173. Paldrock, A. K., Gonococcus Neisseri und seine Nährboden. Russisches Journal der Haut- und venerischen Krankheiten. Januar, Juni.
174. Paschkis, R., Über eine seltene Abnormität der Urethra bei einem menschlichen Embryo. Monatsberichte für Urologie. X, 10.
174a. Pfeil, Franz Everhard, Über traumatische Harnröhrenverengerungen mit Bezug auf das Unfallversicherungsgesetz. Diss. Bonn.
175. Phokas, G., Prostatahypertrophie. Cheirurgike epitheoreeis. November.
176. Pilcher, L. S., The choice of operative method for the removal of the hypertrophied prostate. Ann. of Surgery. April. Nr. 4.
177. Pilcher, P. M., Studies on the pathology and etiology of obstructive hypertrophy and atrophy of the prostate gland. Ann. of Surgery. April. Nr. 4.
178. Polgár, E., Phimosie congenitalis következtében létrejött vizeletesurgas esete. (Ein Fall von Harnträufeln infolge Phimosis congenita.) Urologia, Vierteljahrsbeilage des Budapesti orvosi ujság. Nr. 1.
179. Pólya, J. S., A pars prostatica urethrae köveiröl (Über die Steine der Pars prostatica urethrae). Urologia, Vierteljahrsbeilage des Budapesti orvosi ujság. Nr. 3.
180. Porosz, M., A húgyesöszükületekröl (Über die Strikturen der Urethra). Gyógyászat. Nr. 36, 38, 40.
181. Posner, C., Die Balneotherapie der Harnkrankheiten. Berliner klin. Wochenschr. S. 769, 812.
182. Derselbe, Die Hypertrophie der Prostata und der Diabetes mellitus. Prakt. Wratsch. 20. August.

182a. Poener, C., New viewpoints in the diagnosis end therapy of chronic prostatitis (None Gesichtspunkte in der Diagnose und Behandlung der chronischen Prostatitis). American Journal of Urology. März.
183. Poener und Rapoport, Prostatasekret nnd Prostatitis. Verein f. innere Med. in Borlin. 6. III.
184. Dieselhen, Prostatasekret und Prostatitis. Ein Beitrag zur Entzündungsfrage. Deutsche med. Wochenschr. S. 492.
185. Proindleherger, Urologische Bemerkungen zur Rückenmarksanästhesie. 77. Vers. deutschor Naturforscher u. Ärzte, Abt. f. Chir. (mit Disknss.).
186. Quonay, A., Contribution à l'étude des prostatites chroniques d'origine urèthrale. Thèse de Lille.
187. Quentel, Sur la genèse ot l'évolution normalo de l'urèthrite gonococcienne chez l'homme. Thèse do Bordeaux.
188. Ráskai, D., A prostata-hypertrophia tanának mai állása (Der hentige Stand unserer Kenntnisse über Prostata-Hypertrophie). Orvosi hetilap. Nr. 9, 10, 11, 12. (Übersichtsreferat.) (Kenitz.)
188a. Ravogli, A., Alterations in the posterior urethra as a factor in neurasthenia (Veränderungen in der hinteren Harnröhre, als Faktor in der Neurasthenie). American Journel of Urology. Mai.
189. Rehentiech, Die radikale Heilung der durch Prostatahypertrophie bedingten Harnverhaltung mittelst Prostatectomia suprapubica totalis. Münch. med. Wochenschr. S. 1481.
190. Reies, W., Przyezynok do loesenia zuezen caoki moczowej za pomoca elektrolizy (Beitrag zur elektrolytischen Behandlung von Harnröhrenstrikturen). Przeglad lek. Nr. 25. S. 375. Nr. 26. S. 334.
191. Remoto, E., A thiosinamin, mint a húgyesöszűkületek orvoelásának segédeszköze (Das Thiosinamin als Hilfemittel in der Behandlung der Harnröhrenstrikturen). Urologia, Vierteljahrsbeilage des Budapesti orvosi njság. Nr. 1.
192. Doreolhe, Epiduralis injektiókkel kezelt különféle urogenitalis hántalmak (Fälle von mit epiduralen Injektionon behandelten Urogenitalleiden). Budapesti orvosi ujság. Nr. 3.
192a. Riodl, Martin, Über bösartige Neubildungen der Vorsteherdrüse. Diss. München.
193. Rivet, A., Quelques considérations sur le traitement des fistules péniennes, par la hontonnière périnéalo en particnlier. Gaz. méd. de Nantes. 4. Febr.
194. Róna, Deeider, Über Doppelbildung der Harnröhre. Deutsche med. Wochenschr. S. 831.
195. Roeenák, M., Nehány ezó a circum cisióról (Einige Bemerkungen über die Zirkumzision). Urologia, Vierteljahrsheilage des Budapesti orvosi njeág. Nr. 4.
196. Rothschild, Alfred, Bemerkungen zu dem Aufsatze der Herren Prof. Posner und Dr. Repoport: Prostatasekret und Prostatitis. Deutscho med. Wochenschr. S. 920. (Mit Erwiderung von Posnor).
197. Dersolho, Bemerkungen zu dem Aufsatz von Dr. P. Wichmann: Anatomische Untersuchungen über die Ätiologie der Prostatahypertrophie. (Virchows Arch. Bd. 178). Arch. f. pathol. Anat. n. Physiol. u. f. klin. Mediz. Bd. 180. S. 539.
198. Rotmann, E. A., Zur Frage über Wachstum der Gonokokkon auf Fleischpeptonagar. Russk. Wratsch. (Russischer Arzt.) Nr. 28.
199. Rovsing, Th., Behandlung der Prostatahypertrophie. I. Kongr. der Internat. Ges. f. Chir.
200. Dereelho, Prostatahypertrofiens behandling. Hospitalstidende. 11. Oktober.
201. Rudski, A. P., Über die gonorrhoische Urethritis hei Knaben. Monatsberichte für Urologie. X 6.
202. Rugglee, E. Wood, A new genitourinary table. Buffalo med. Journ. Vol. 44. S. 517.
203. Dereelbo, The cause of incontinence as a sequel of prostatectomy. Ann. of Surgery. April. Nr. 4.
204. von Rydygier, L., Harrison, R. et Rovsing, Th.. Traitement de l'hypertrophie prostatique. 1. Congr. internat. de chir. Bruxelles. 18.—22. Sept.
205. v. Rydygior, Partielle perineale Prostatoktomio hei Prostatahypertrophie. I. Kongr. der Internat. Ges. f. Chir.
206. Sack, Carl, Nachahmung der Jacques-Patentkatheter. Pharmazeut. Zeitung. S. 170.
207. Schleeinger, Arthur, Über Prostatektomie. Deutsche med. Wochenschr. S. 1638.
208. Schmiedoherg, O., Über die Anwendung des Theophyllins als Diureticum. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 82. S. 395.

209. Schmidt, Gesrg, Dauerergsbnisse dsr mechanischsn und operativen Behandlung der Harnröhrenverengerungen. Freie Vereinigg. der Chirurgen Berlins. 9. I.
210. Derselbe, Über Behandlung und Danerergehnisse bei Verletzungen und Verengerungen der männlichen Harnröhre. Beitr. z. klin. Chir., Bd. 45. S. 408.
211. Schucht, Fall von phagedäniachem Ulcus des Penis mit echten Diphtheriehazillen. Breslaner Dermat. Verein. 6. VI.
212. Selhorst, Radikale Heilnng von Narbenstrikturen dsr Urethra mittelst dsr slektrolytischen Nadel. Dermatol. Centralbl. S. 130.
213. Sellheim, Hugo, Vollkommene Neubildnng des Blasenverschlusses nnd der Harnröhre, Urethrosphinktersplastik. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 9. S. 185.
214. Serrière, P., Dn rôle de la prostate dans la genèse des uréthrites spontanées. Thèse de Lyon.
215. Siksmeier, E. W., Erfahrungen über Adrenalin nnd Kokain-Adrenalin-Anästhesis. Arch. f. klin. Chir. Bd. 78. S. 443.
216. Siter, E. H. and Uhle, A. A., The use of iodide of silver in nrethritis. University of Pennsylvania. med. Bull., Mai.
217. Sittler, Paul, Die Sterilisation elastischer Katheter. Zentr.-Bl. f. Bakteriol. Parasitenk. u. Infektionskrankh. Bd. 38, S. 752, Bd. 39. S. 108 u. 194 u. Diss. Strassburg.
218. Spitzer, E., Vorkommen eines paraurethralen Ganges mit zystischen Erweiterungen in der Genitoperinealrhaphe. Wien. med. Presse. 26. Fehr., S. 421.
219. Squier, J. B., Observations on 28 cases of prostatectomy. Med. News. 18. Fshruar.
220. Stsrn, Erfahrungen über Prostataoperation. Verein der Ärzte Düsseldorfs. 20. XI.
221. Stern, R., Kryptogenetische Infektion der Harnsrgane. (Diskuss: Tietzs, Löwenhardt, Hirt). Schles. Ges. f. vaterländ. Kultur in Breslau. 3. III.
222. Stolper, Epispadia totalis mit Blasenoktopie bei einsr Frau. Msd. Ges. in Göttingen. 8. VI.
223. Tenney, B. M., The satisfactory prostatectomy. Boston med. and surg. Journ. 18. Mai.
224. Thomas, J. L., Remarks on complete prostatectomy founded on 15 cases. Brit. med. Journ. 20. Mai.
225. Thompson, J. M., Chronic discharge in organic and functional disorders of the deep urethra; diagnosis and thsrapy. Med. Record, 30. Dezember.
226. Thorndike, P., Hat the catheter a place in the treatment of chronic prostatic hypertrophy? Ann. of Surgery, April. Nr. 4.
227. Derselbe, Hat the cathster a place in ths treatment of chronic prostatic hypertrophy? Med. Soc. of the State sf NewYork, 1. 11.
228. Timmsns, E. A.. Circumcision. Tennessee State med. Assoc., 11.—13. IV.
229. Tinker, M. B., Bloodlsss perineal prostatectsmy under lscal anssthesia. Jsurn. of ths Amer. med. Assoc., 11. Februar.
230. Tuffier, A propos de la prostatectomie. Bull. et mém. de la Soc. do chir. de Paris, S. 870 (25. X.).
231. Ullmann, K., Gonsrrhoea acnta mit ausgeprägter Pseudoinduration des Orific. urethrae. Verhandl. dsr Wiener Dermatol. Ges. 24. V.
232. Ullmann, R., Fall von Paraurethritis gonorrhoica, shne vorangegangene Gonorrhöe (mit Diskussion von Nobl, Finger, Ehrmann). Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 25. I.
233. Ungar, Über Störungen der Stuhlentleerung hei Säuglingen infolge Phimose. Niederrhein. Ges. f. Natur- und Heilkunde in Bonn. 20. XI.
234. Vannod, Th., Des uréthrites aiguës non gonococciqnes. Ann. des mal. des organes gén-urin. 15. März.
235. Vassal, J., Rétention d'urine par calcul préputial et phimssis. Ann. d'hyg. et de méd. colon., April, Mai, Juni.
236. Vaughan, G. T., Patent urachus: review of the cases reported; speration in a case complicated with stones in the kidneys; a note on tumors and cysts of the urachus. Amer. Medicine, 14. Oktober.
237. Vsrhsogen, Die perinesle Methods der Behandlnng von Prostatahypertrophie. I Kongr. der Internat. Ges. f. Chir.
238. Wallace, Cuthbert, The enlarged prostate, its nature, symptoms and treatment. Practitioner. Vol. 75. S. 289.
239. Walsh, Ferdinand C., Acute posterior periurethral abscess. Msd. Record. Vol. 67. S. 617.

239a. Ware, Martin W., The present attitude, regarding the treatment of prostatic hypertrophy (Die augenblickliche Stellung in Bezug auf die Behandlung der Prostatahypertrophie). New York medical Journal. 7. Januar.
240. Watson, F. S., Some anatomical points connected with the performance of prostatectomy, with remarks upon the treatment of prostatic hypertrophy. Ann. of Surgery. April. Nr. 41.
241. Weinberger, M., Az urogenitalis rendszer functionalis megbetegedéseinek physikai gyogyeto modjai (Über die physikalischen Heilmethoden der funktionellen Erkrankungen des Urogenitalsystems). Urologia, Vierteljahrsbeilage des Budapesti orvosi ujság. Nr. 3.
242. Weiss, A., Idegen test az urethrában a húgycsö egy részének sequestratiójával (Ein Fall von Fremdkörper der Urethra mit Sequestrierung eines Teiles derselben). Urologia, Vierteljahresbeilage des Budapesti orvosi ujság. Nr. 4.
242a. Whiteside, George S., Some untoward results of perineal prostatectomy (Einige ungünstige Resultate der perinealen Prostatektomie). American Journal of Urology. Juli u. August.
243. Wiener, J., Suprapubic prostatectomy without ether or chloroform, by use of nitrous oxide gas anaesthesia. Ann. of Surgery. April. Nr. 4.
243a. Wolbarst, A. L., The role of the prostate in affections of the urinary tract (Die Rolle der Prostata in Affektionen des Urintraktus). American Journal of Urology. März. (Nichts Neues.) (G.)
244. Wolf, H. E., Primary urethral calculus. Ann. of Surgery. Februar. American Journal of Surg. Febr.
245. Young, Hugh H., Conservative perineal prostatectomy; results of two years experience. Med. Soc. of the State of New York. 1. II. u. Ann. of Surg. Nr. 4.
246. Derselbe, Conservative perineal prostatectomy; the results of two years experience and report of 75 operations. Ann. of Surgery. April.
247. Derselbe, The early diagnosis and radical cure of carcinoma of the prostate, being a study of 40 cases and presentation of a radical operation which was carried out in four cases. Johns Hopkins Hosp. Bull. Oktober.
247a. Young, Hugh H., and Churchman, J. W., The possibility of avoiding confusion by the smegma bacillus in the diagnosis of urinary and genital tuberculosis. An experimental study. (Die Möglichkeit, Verwirrung durch den Smegmabacillus zu vermeiden, in der Diagnose der Harn- und Genitaltuberkulose. Experimentalstudie.) American Journal of medical Science. Juli.
248. Zuccala, Francesco, Über einen Fall von reflektorischer Anurie. Wiener med. Blätter. S. 87.
249. Zuckerkandl, Über perineale Prostatektomie. 77. Vers. deutscher Naturforscher u. Ärzte. Abt. f. Chir. (Diskuss.: Preindlsberger, Völcker.)
250. Diskussion über die Behandlung der Prostatahypertrophie auf dem 1. Kongr. der Internat. Ges. f. Chir.: Demosthenen, Freudenberg, Klapp, Albarran, Jaffé, Giordano, Delegenière, E. R. W. Frank.
251. Folia Orthosiphonis staminei (Javatee). Pharmazeut. Zeitung. S. 782 u. 824.
252. Gonorrhoea. Practitioner. Vol. 75. S. 714.
253. Neurotropin. (Neu-Urotropin.) Pharmazeut. Zeitung. S. 228.
254. Pelsitin-Kräutertee. Pharmazeut. Zeitung. S. 824.
255. Prostatectomy. Diskuss.: Watson, van der Veer, Sam. Alexande Mac Donald, Syms. Med. Soc. of the State of New York. 1. II.
256. Tabulettae Kavakavin. Pharmazeut. Zeitung. S. 529.
257. Untersuchung von Folia uvae ursi. Pharmazeut. Zeitung. S. 835.
258. L'uréthrite staphylococcique par coit „ab ore". Sem. méd. S. 39.
259. Uropurgol. Pharmazeut. Zeitung. S. 824.
260. Urystamin. Pharmazeut. Zeitung. S. 824.

Präzise Zusammenstellung durch Weinberger (241) der bei nervösen Erkrankungen der Harnblase, pathologischen Samenentleerungen und Impotentia coeundi nervosa zur Verwendung kommenden physikalischen Heilfahren. Bäder und andere hydrotherapeutische Eingriffe, elektrische Verfahren sowie roborierende Prozeduren bilden die Hauptfaktoren dieser Therapie. (Ka.)

An der Hand von sieben Fällen schildert Remete (192) das von Cathelin empfohlene Verfahren. Nach seinen bisherigen Erfahrungen kann man mit demselben bei der Enuresis einen teilweisen Erfolg

erzielen, während bei der sexuellen Neurasthenie, abgesehen von vorübergehenden oder suggestiven Erfolgen, keine günstigen Resultate bewirkt werden konnten. Ein endgültiges Urteil will sich Remete jedoch bloss dann gestatten, wenn ein grösseres Versuchsmaterial aufgearbeitet sein wird. (Ka.)

1. Färbemethoden ermöglichen, wie Churchman (247a) ausführt, nicht die Unterscheidung zwischen Smegma und Tuberkelbazillen, 2. ebensowenig schaltet das Katheterisieren die Verunreinigung des Urines durch Smegmabazillen aus. 3. Das Tierexperiment ist zu zeitraubend und langsam. 4. Kulturen sind unzuverlässig. 5. Smegmabazillen finden sich nur selten in grossen Quantitäten in der männlichen Harnröhre. 6. Sie finden sich nicht in der Blase und hinteren Harnröhre. 7. Einfache Irrigation der vorderen Harnröhre mit sterilem Wasser und Reinigung der Glans penis und des Meatus genügen, um den Smegmabacillus für praktische Zwecke auszuschalten. (G.)

Hörnig (104a) beobachtete in der Leipziger Chirurgischen Klinik einen Fall von Urachuscyste. Ein 3 ³/₄ Jahre altes Mädchen hatte mehrere Wochen hindurch Schmerzen beim Wasserlassen. Dann schwoll sein Unterleib immer stärker an, während es zugleich abmagerte. Die Untersuchung ergab eine halbkugelige Auftreibung des Abdomens in seiner ganzen Ausdehnung, mit prallelastischer Resistenz und handtellergrosser Dämpfung. Der Nabel bildete eine kirschgrosse, bläulichrote, mit dünner Hautdecke versehene Geschwulst. Diese platzte beim Baden und liess eine dicke, rötlichgelbe Flüssigkeit austreten, die viel Pflasterepithelien und Staphylokokken aufwies. Infolge völliger Harnverhaltung musste katheterisiert werden, wodurch ein normaler Urin gewonnen wurde. Zugleich verschwand die Auftreibung des Unterleibes fast ganz. Es blieb auch nur eine schmale Dämpfungszone zurück, die einem durch kombinierte Untersuchung fühlbaren cystischen Tumor entsprach. Bei der Operation erwies sich letzterer mit seiner Nachbarschaft durch Entzündung fest verwachsen. Er hatte im wesentlichen dieselbe Richtung wie die Linea alba, Eiform und lag vorn rechts neben der Blase. Mit einem blinden Ausläufer endete er im Becken. Hörnig erklärt das Wachstum gerade nach jener Richtung aus der geringeren Widerstandsfähigkeit des lockeren Beckenbindegewebes. Die Cyste besass zwar keinen Epithelbelag, doch dürfte dieser der Entzündung zum Opfer gefallen sein. Diagnostisch um so wichtiger war das Vorhandensein glatter Muskelzüge innerhalb des entzündlich infiltrierten Bindegewebes der Cystenwandung. Übrigens beschränkte sich Trendelenburg auf die Fortnahme nur der vorderen Wand samt dem Nabel, um eine Bauchfellverletzung bei dem infektiösen Inhalte einer- und den festen Verwachsungen andererseits zu verhüten. (T.)

Hinweis Rosenáks (195) auf die Gefahren der von Nichtärzten ausgeführten Zirkumzision mit praktischen Winken zur Verhütung derselben. (Ka.)

Bei Säuglingen findet man nach Bauer (19) häufig als einzige Ursache der Konstipation die Adhäsion des Präputium, mit dessen Lösung das Leiden gut heilbar ist. (Ka.)

Bei einem 25 jährigen Patienten Polgárs (178) ist am Vorhautsacke eine so kleine Öffnung vorhanden, dass derselbe nur mit Mühe und Not uriniert. Es besteht Inkontinenz der Blase mit unwillkürlichem Harnträufeln. Die Beschwerden wurden durch eine Zirkumzision behoben. (Ka.)

Goebel (79) bekam einen 38jähr. Mann in Behandlung, der eine höchstgradige, fast acht Wochen ununterbrochen andauernde Peniserektion, scheinbar ohne jede Ursache, aufwies. Das Nervensystem des Kranken war durchaus gesund. Jede Berührung des Gliedes bereitete starke Schmerzen. Es bestand kein Ödem, kein Ausfluss aus der Harnröhre und keine Prostatavergrösserung. Da erhebliche Dosen Brom, Salol und feuchtwarme Umschläge keine Besserung herbeiführten, unternahm Goebel eine Operation der mässig ausgebildeten äusseren Hämorrhoiden bei dem Patienten, auch jene ohne Wirkung auf den Priapismus. Nun wurde nach einer Probepunktion in das rechte Corpus cavernosum, die kein Blut herausbeförderte, eine Inzision in eine kleine, nicht fluktuierende und keinen grösseren Druckschmerz ergebende Anschwellung gemacht; letztere hatte sich um die Punktionsstelle gebildet. Bei der Operation kamen dunkelrote Blutkoagula und eingedicktes, aber noch flüssiges Blut heraus. Seitdem war und blieb der Priapismus verschwunden. Die Wunde heilte durch Granulationsbildung zu und hinterliess eine kleine Narbe. Eine Behinderung des Koitus blieb nicht zurück.

Verf. weist wegen der fehlenden Organisation und wegen der Farbe der Koagula die Annahme einer vollkommenen Thrombose von der Hand, ebenso wegen der völligen funktionellen Wiederherstellung. Er spricht nur von einer Eindickung des Blutes in den Corpora cavernosa penis und denjenigen der Urethra und der Glans. Die Vergrösserung der genannten Teile würde den Priapismus erklären. Goebel verwirft ferner die Annahme eines Alkoholismus als Ätiologie, obwohl der Mann diesem huldigte, weil sonst der einzige Zusammenhang in einem hierdurch hervorgerufenen nervösen Leiden gefunden werden könnte, das, wie erwähnt, fehlte. Dagegen gab der Kranke an, der Priapismus sei im Anschluss an einen Koitus entstanden, den er beiläufig gesagt, übermässig oft ausführe. Hierbei dürfte sich eine leichte innere Verletzung ereignet haben, die zu einem Blutergusse in ein Corpus cavernosum führte. Die Ausräumung der Koagula liess dann die Venen wieder durchgängig werden oder liess Kollateralen in Wirksamkeit treten.

Goebel, der aus der Literatur alle Ursachen für Priapismus zusammenstellt, berichtet ferner über einen durch Leukämie bedingten einschlägigen Fall. Der betreffende Patient, der vor 12 Jahren eine schwere syphilitische Infektion durchgemacht hatte und dessen jetziges Leiden auf Grund dieser Anamnese verkannt worden war, litt bereits seit zwei Jahren ohne sexuelle Erregungen an nächtlichen Erektionen, die immer häufiger wurden und manchmal erst nach zehn Stunden, während des Tages verschwanden. Der letzte Priapismus, wegen dessen der Mann die Klinik aufsuchte, bestand im ganzen $4^1/_2$ Tage. Das Glied war maximal erigiert, im Ansatzteile dunkel blaurot und derb geschwollen, nach der Glans zu rosafarben und stark ödematös. Als auch das Skrotum anschwoll und sich zu verfärben begann, ein schneller Temperaturanstieg auf 40° und Erbrechen eintrat, schritt man zur Operation. Aus den Corpora cavernosa entleerte sich Luftbläschen enthaltendes, schwarzes, stinkendes Blut, in dem man eine Reinkultur des Bact. coli nachweisen konnte. Die Temperatur sank durch den Eingriff und der Penis begann abzuschwellen, doch traten nach vier Tagen abermals Fieber und starke Schwellung auf. Erneute Inzisionen an den abhängigen Stellen der Peniswurzel liessen eine reichliche Menge stinkenden Eiters abgehen. Abermals vier Tage danach erreichte die Temperatur wiederum 39,3°. Die Corpora cavernosa waren gangränös ge-

worden und mussten schliesslich entfernt werden, woranf eine stärkere Eitermasse nachstürzte. Erst nach diesem Eingriffe schwoll das Glied endgültig langsam ab. Goebel hält zwar die früheren Anfälle von Priapismus durch die Eigentümlichkeiten des leukämischen Blutes bedingt, meint aber, dass der letzte sich nur aus dem zufälligen Hinzutritte einer inneren Verletzung der Corpora cavernosa mit entsprechendem Blutergusse und Schwellung der Teile erklären lasse. Als weitere Komplikation seien dann in das betroffene Gewebe aus unbekannter Ursache Kolibakterien eingedrungen. (T.)

Lichtenberg (138) hält die paraurethralen Gänge in der Raphe der dorsalen Penisfläche für Drüsen, die zugleich mit einem Teile der Harnröhrenanlage abgeschnürt wurden; sie gleichen nämlich dem Bau jener normalen Drüsen vollkommen. Ventral bezw. dorsal von der Harnröhrenmündung endende Gänge trifft man verhältnismässig selten. Bei Hypospadie dürften paraurethrale Gänge stets vorhanden sein, und zwar entstanden aus Drüsen der ventralen und lateralen Wände, die sich entwickeln konnten, obwohl die Ränder der Urethralrinne nicht zur Vereinigung gelangten. Auch die präputialen Gänge lassen sich als Drüsenabschnürungen erklären, wenn man das Frenulnm als eine Fortsetzung der Raphe betrachtet. Das Frenulum wächst mit den beiden Schenkeln des Präputium zusammen, sobald sich der Eichelanteil der Harnröhre schliesst. (T.)

Bei einem an chronischem Tripper leidenden Manne fand Spitzer (218) die Harnröhrenmündung verlagert und $1^1/_2$ cm dahinter, innerhalb der Raphe, einen paraurethralen Gang. Dieser erstreckte sich mit leichten Windungen, im Zuge der Raphe, dicht unter der Haut in einer Länge von 8 cm, so dass er bis zur Raphe des Skrotum reichte. Er besass die Dicke eines Federkieles, erweiterte sich aber 3 cm vor seiner Mündung zu einer erbsengrossen Blase, der noch eine Reihe kleinerer im weiteren Verlaufe des Ganges folgte Die Blasen waren mit einer sich nach Ausdrückung binnen 1—2 Tagen erneuernden milchigen Flüssigkeit angefüllt. Spitzer exstirpierte den Gang, der sich durchaus gonokokkenfrei erwies. An dem histologischen Befunde interessant ist die Auskleidung einer Anzahl Blasen mit einem durchaus der Epidermis gleichenden Epithele. Verf. glaubt nicht, dass der Gang früher gonorrhoisch erkrankt war und hierbei die Umwandlung eines der Urethra entsprechenden Zylinderepithels in geschichtetes Pflasterepithel durchmachte, weil die angetroffene einreihige Epithelschicht zackige Palisaden aufweist und daher früher eine Deckschicht besessen haben mnss. Vielmehr nimmt Spitzer als durchgehende ursprüngliche Auskleidung geschichtetes Pflasterepithel an. Nach ihm ist der paraurethrale Gang von der äusseren Haut aus entstanden, und zwar zu der Zeit, als sich die Urethralrinne schloss. (T.)

Paraurethrale Drüsen finden sich nach Churchman (50) häufiger bei Hypospadie als bei normalem Penis. Sie finden sich oberhalb, unterhalb und seitlich von der Harnröhre, meist an den Lippen der Harnröhrenmündung, sie variieren von seichten Depressionen bis zu langen Gängen, sie können getrennt von der Harnröhre oder mit derselben kommunizierend vorkommen. Sie sezernieren eine klare Flüssigkeit, sind aber häufig der Sitz hartnäckiger Infektionen durch mannigfache Bakterien. (G.)

Moskalew (161) experimentierte nur mit Kaninchen und weissen Mäusen. Die besten Nährböden für Gonokokken sind die von Wasser-

mann, Wertheim und Kiefer (heqnemer). Einführung von Gonokokken in die Bauchhöhle der weissen Mänse veranlasst tödliche Infektion mit Vermehrung der Gonokokken. Die weissen Mänse sind geeignetere Ohjekte für die Untersuchung der Wirkung von Gonokokken auf Tiere. Gonotoxin veranlasst in einigen Gewehen sterile Eiterung, in anderen (Peritoneum) klare Exsudation. Das Serum der immunisierten Kaninchen hesitzt in gewissem Grade prophylaktische nnd heilsame Eigenschaften hei den weissen Mäusen. (Se.)

Joseph nnd Polano (115) setzten sich das Ziel, eine Methode zur Bestimmung der einzelnen Tripperstadien zn finden, hesonders jenes „Wendepnnktes", an dem die Gonokokken aus dem Sekrete verschwunden sind, ohne dass die Urethritis als solche hereits völlig beseitigt wäre. Zur Färhung des Sekretes empfehlen die Verff. zwei Mischnngen, von denen die erstere leider sehr hald verderhende Präparate liefert. Es ist die Jennersche Lösung, hestehend in einer Auflösung von ½ prozentigem eosinsaurem Methylenhlau in Methylalkohol. Eine Fixierung des Ausstriches ist unnötig. Die Färhnng geschieht eine Minute, woranf mit destilliertem Wasser ahgespült wird. Die Granula der eosinophilen Zellen sehen nun rosa aus, die der Mastzellen violett bis hlau. Die andere, länger vorhaltende Methode schreiht eine Fixierung vor, worauf man nach L. Michaelis und A. Wolff eine in 50prozentigem Alkohol gesättigte Lösung von Kresylviolett höchstens eine Minute einwirken lässt. Die Granula der Mastzellen hehen sich dnrch ihren mahagonihraunen his roten Ton hesonders klar ah. Joseph und Polano hatten nun folgende Untersuchungsergehnisse. Sohald uninnkleäre Zellen im Trippersekrete auftreten, muss man mit Pappenheim annehmen, dass die Suhmucosa von der Entzündnng erreicht worden ist und sich weiche Infiltrate zu hilden heginnen. Die Verff. glauhen nicht, in den Posnerschen Forschungsergehnissen, nach denen uninukleäre Zellen anch im Frühstadium der Gonorrhoe vorkommen können, einen unbedingten Widerspruch hiergegen sehen zu müssen. Sie nehmen vielmehr an, dass die Patienten Posners durch frühere Trippererkrankungen eine sogenannte weite Striktur (Otis) zurückhehalten hahen. In einem reichen Befnnde von eosinophilen Zellen erkennen Joseph und Polano zweitens, und zwar diesmal in Übereinstimmung mit Posner, die Kennzeichen einer echten Gonorrhoe in der vierten his sechsten Woche. Vielleicht sind gerade Fälle mit massenhafter Eosinophilie die prognostisch günstigsten, weil hei deren Vorhandensein die Gonokokkenzahl stets auffallend niedrig zu sein scheint. Das Verhalten der Mastzellen dürfte keinen Schluss auf ein hestimmtes Stadium des Leidens zulassen. Sie sind üherhanpt nur in einer gewissen Zahl von Fällen anwesend, und dann durch alle Etappen hindurch. (T.)

Auf Grund seiner persönlichen Beohachtungen nnterscheidet Franceschini (70) acht nicht gonorrhoische Harnröhrenentzündungen mit entsprechenden Unterahteilungen. 1. Urethritis durch Dyscrasia acida (Oxalsäure, Harnsäure, Phosphaturie, Diahetes, Herpes, Fettsncht). 2. Konstitutionelle Urethritis (lymphatische nnd skrofulöse, Hämorrhoiden, chronischer, progressiver Rheumatismns). 3. Urethritis durch senile Involution (Prostatahypertrophie, allgemeine Atheromatose, Nierenarteriitis). 4. Thermische Urethritis (Kälte, Wärme, warme Bäder, Schlammbäder). 5. Erotische Urethritis (Geschlechtsmissbrauch, Onanie, Wollust). 6. Tranmatische Urethritis (durch direkte Verletznngen nnd Qnetschungen, Schusswunden, Fall; durch indirekte Verletzungen heim Radfahren, beim

Reiten; durch Harnröhreneinspritzungen, entweder z. B. zur Prophylaxe oder um Krankheit zu simulieren). 7. Urethritis durch örtliche Reizungen (Koitus mit einer Frau, die an Leukorrhöe leidet, oder zur Zeit der Menstruation, oder mit einer Kranken mit Gebärmuttergeschwüren.) 8. Urethritis durch Nahrungsmittel (Alkohol, Bier, Arzneimittel wie Jodkali, besondere Speisen, wie Spargel, Wild und Tomaten). Der grösste Teil dieser Urethritiden bieten besondere klinische Kennzeichen dar, die für die Betreffenden physiognomisch sind, und die der Verf. vorführt. (V.)

Nach Harlans (98a) Ansicht handelt es sich bei Urethrorrhoea um eine chronische, passive Kongestion der Harnröhre. Die Erkrankung ist überaus schwer zu heilen, da sie eine Tendenz hat, chronisch zu werden und sich auf Prostata und Blase auszudehnen. Alkohol, Exzesse in Venere, Störungen im Stoffwechsel, die Veränderungen des Urines verursachen, beeinflussen den Verlauf der Erkrankung. Der Verf. behauptet (mit Unrecht; Ref.) dass sich die Erkrankung nur nach vorausgegangenem Tripper findet. (G.)

Es ist bekannt, dass Urethritiden auch primär nicht durch den Gonococcus bedingt zu sein brauchen. Cohn (53) beobachtete einen Patienten, der schleimig-glasigen Ausfluss ans der Harnröhre besass. Der letzte Koitus sollte vor drei Wochen erfolgt sein, der Ausfluss $2^1/_2$ Wochen bestehen. Eine Kur hatte der Mann bisher nicht durchgemacht, da er fast beschwerdenfrei war. Die erste Harnportion erwies sich als leicht getrübt und mit Fäden versehen, während die zweite klar war. Die gewöhnliche mikroskopische Untersuchnng ergab keine Gonokokken, die auch später niemals bei dem Patienten gefunden worden sind. Im übrigen erblickte man nur Stäbchen und Kokken, wie man sie oft im Harnröhrensekrete findet. Während der Kranke inzwischen eine ganz leichte einseitige Epididymitis durchmachte, wurden von bakteriologischer Seite Kulturen angelegt, die n. a. Influenzabazillen ergaben, danehen freilich auch noch Kapselbazillen, die für die Urethra pathogen sein können. Trotz des Nachweises der letzteren neigt Verf. der Meinung zu, es habe sich um eine Influenzaurethritis gehandelt, wegen der grossen Zahl der Influenzabazillen. Diese vermögen ja auch auf anderen menschlichen Schleimhäuten die Rolle von Eitererregern zu spielen. (T.)

Unter den Fällen von Urethritis non gonorrhoica, die Grosz (88a) beobachtete, befindet sich, gemäss den Forderungen Barlows, keiner mit einem früher überstandenen Tripper. Von Komplikationen machte sich nur ein häufiges Übergreifen des Leidens auf die hintere Harnröhre und die Vorsteherdrüse geltend. Die Gattin eines Patienten wies einen starken Vorfall der Scheidenschleimhaut, eine Senkung der Gebärmutter und mässigen Ausfluss auf; es lenkten ja schon frühere Forscher die Aufmerksamkeit auf den Zusammenhang zwischen Urethritis non gonorrhoica und dem Verkehr mit menstruierenden oder gynäkologisch kranken Frauen. Beweiskräftiger wird diese Anschauung dadurch, dass sich in dem erwähnten Falle von Grosz das sonst so verzweifelt hartnäckige Leiden seines Patienten durch erfolgreiche Operation der Frau deutlich besserte. Bei einem weiteren Kranken liess sich nichts erreichen, nachdem die Behandlung der Ehegattin fast fruchtlos geblieben war wegen einer nicht näher bezeichneten frauenärztlichen Krankheit.

Grosz konnte das Sekret einiger Patienten während eines langen Zeitraumes bakteriologisch kontrollieren. Stets fand er zahlreiche viel-

kernige Leukozyten, von denen ein Teil im Zerfall begriffen war, und in verhältnismässig geringerer Menge, Epithelzellen. Inner- und ausserhalb der Leukozyten lagen — bei einem Falle besonders viele — kurze Stäbchen mit auffallend starker Polfärbung durch Methylenblau. Sie färbten sich nach Gram. In Ausstrichpräparaten liessen sie sich fast allein nachweisen. Agarkulturen ergaben hingegen ausserdem noch eine früher zutage tretende, aber weit kleinere Kolonienzahl von Staphylokokken und eine spärliche von sonstigen Bakterien. Nach 48 Stunden hatten sich äusserst kleine, durchsichtige Kulturen der genannten Stäbchen in Tautropfenform entwickelt. Sie wuchsen bis zum dritten Tage weiter, und zwar auf etwa 1 mm Grösse im Durchmesser heran. Später trübten sie sich. Stärkere Vergrösserung zeigte die Kolonien sehr gekörnt, ihren Rand leicht gezähnt. Bouillonkulturen ergaben einen staubähnlichen Niederschlag. In Präparaten aus Reinkulturen hatten viele Stäbchen Keulenform, in solchen aus Bouillon ausserdem noch eine staketen- oder rosettenartige Anordnung. Die Diagnose musste nach dem Gesagten auf Pseudodiphtheriebazillen lauten. Tierversuche schlugen sämtlich fehl, indem auch an Affen keine Harnröhrenentzündung durch Überimpfung entstand. Ebensowenig liess sich eine Peritonitis bei Mäusen, Meerschweinchen und Kaninchen erzielen. Grosz kommt zu dem Schlusse, dass wahrscheinlich verschiedene Bakterien eine akute beziehungsweise chronische Urethritis non gonorrhoica auszulösen vermögen, so Streptokokken, Bacterium coli, Pseudodiphtheriebazillen usw. Da wohl alle diese Erreger in der Harnröhre als Saprophyten vorkommen können, so dürften sie nur unter gewissen Umständen dort krankheitserregende Eigenschaften entfalten. In derartigen Fällen aber überwuchern sie schnell die ganze übrige Bakterienflora, geradeso wie der Gonococcus. (T.)

Brönnum (35) empfiehlt zur Färbung der Gonokokken eine wässerige Lösung von Methylenblau von 1 : 10000, die sehr schöne Kontrastwirkung gibt und die Gonokokken hinreichend intensiv färbt. (R.)

Paldrock (173) untersuchte das Gonokokkenwachstum auf 25 Nährboden; als Kontrollnährboden nahm er Serumagar. Es sind 356 Experimente mit 32 Gonokokkengenerationen; mehr als 3000 Aussaaten. Die besten Kolonien erbielt Verf. auf Aszitesagar, Serumagar und Nutroseagar. Überimpfungen auf andere Nährboden verstärken die Entwickelungsfähigkeit auf dem vorigen Nährboden. Verf. bereitete seinen Aszitesagar, auf welchem gute Kolonien wuchsen. Autor rät bei Gonokokkenfärbung mit Gentianaviolett eine Entfärbung in Alcohol absolutus nicht mehr als 1/2 Minute. (Se.)

Rotmann (198) hält den Agar von Thalmann als auch gewöhnlichen Fleischpeptonagar für das Wachstum von Gonokokken für wenig tauglich. Das Wachstum von Gonokokkenkolonien am Rande der dicken Strichpräparate hat seinen Grund in Nährschleim, welcher mit der Öse bei der Aussaat aus der Harnröhre eingenommen wurde. Das Wachstum der spezifischen Diplokokken vom chronischen Tripper wird schnell durch fremde Mikroorganismen erstickt. (Se.)

Ciaccio (52) fand bei den Geschwüren von verschiedenen Fällen der Stomatitis ulcero-membranacea fast immer die fuso-spirilläre Symbiose. In einem Fall hatte sich zu der Vincentschen Symbiose der

Gonococcus Neisser hinzugesellt, der nach Desinfektion der Mundhöhle mit übermangamsanrem Kali wieder verschwand, während die Vincentsche Symhiose noch 14 Tage hestehen hlieh. Deshalh nimmt Verf. an, dass der Gonococcns anf der Mnndschleimhant nicht gedeiht und für den Verlauf der Mnndgeschwüre helanglos ist. (V.)

In seiner Dissertation erweitert Gansen (77a) zunächst den Begriff des Divertikels überhanpt, indem er jede taschenartige Dilatation damit hezeichnet, nicht nnr eigentliche Taschen. Er teilt die Divertikel der männlichen Harnröhre ein in die angeborenen, die durch Verletzungen oder Schleimhantentzündnngen entstandenen und die infolge von Urethralsteinen sich hildenden. Über kongenitale Urethrocelen, also Divertikel der weihlichen Harnröhre, fand er ührigens in der Literatur nichts. Bezüglich der Divertikelhildung hinter der Glans penis schliesst er sich Kanfmanns Lehre an; dieser misst, im Gegensatze zu Englisch, durch Wncherung zu Klappen gewordenen normalen Schleimhantfalten keine wesentliche Bedentung hei. Er hetrachtet solche Divertikel vielmehr als Hemmungshildungen: Eichel- und Penisharnröhre vereinigen sich erst so spät in jenen Fällen, dass vorher hereits Urin aus der Blase in die Urethra gelangte. Der Harn staut sich infolgedessen am peripheren Ende der Penisharnröhre nnd weitet es ans. Der dadurch entstehende Sack hleiht anch erhalten, nachdem es dem Drucke der Urinmasse gelnngen ist, den Verschlnss zu sprengen, fängt sich doch in dem Sacke trotzdem immer wieder ein Teil des Harnes. Üher die Bildung von Divertikeln durch Verletzungen oder Entzündnngen herrscht keine Meinnngsverschiedenheit; anch Gansen fasst daher hier lediglich die hereits vorhandene Literatnr zusammen. So sei denn nnr um der Vollständigkeit willen an folgendes kurz erinnert. Selhst verhältnismässig leichte reine Qnetschnngen können zu Divertikeln führen, wenn das Gewebe in deren Bereich dem Drucke des Harnes nachgiht. Schliesst sich an das Trauma des ganzen Penis oder der Urethra allein eine Eiterung und dadnrch ein Gewehsverlust der letzteren, so ist der günstigste Ausgang die Heilung mit einem von Narhengewehe ausgekleideten Sacke. Selhstverständlich rufen gegehenenfalls auch stärkere, derhe, aher his znm gewissen Grade dnrchgängig hleibende Strikturen und Geschwülste nach nnd nach ein Divertikel infolge Urinstaunng hervor. Die dritte Möglichkeit einer Taschenhildung ist das Liegenhleihen eines Blasensteines in der Harnröhre, sei es in einer Schleimhautfalte (zumal an Krümmungsstellen der letzteren) oder sei es infolge Einspiessnng einer spitzen Bruchstelle nach Lithotripsie. In heiden Fällen wird die Schleimhaut dort entzündlich gereizt und giht dem bohrenden Drucke des Steines leichter nach, einem Drucke, der noch durch den Anprall des Urinstrahles erhöht wird. Kommt es hei diesem Prozesse zn einer Eiterung, so versinkt der Stein schliesslich in einen direkten Hohlraum. Ferner können Steine sich in schon vorhandenen Divertikeln fangen und dort zu sogenannten Urethralsteinen umgestalten. Es sind dies streng genommen solche, deren Hauptmasse Salze hilden, welche aus dem sich stauenden Harne ausfallen; die Steine wachsen daher an ihrem hlasenwärts gerichteten Ende. Schliesslich regt sogar ein bestehendes Divertikel selhst die Steinanlage an. Der in ihm stagnierende Urin liefert anch hier das Material, ausser Salzen noch fortgeschwemmte Epithelien, Schleimflocken, pathologische Beimischungen usw. Nach diesen Ausführungen ist es nicht verwunderlich, dass nicht weniger als zwei Drittel der Divertikel Steine enthalten.

Gansen geht am Ende seiner Arbeit auf einen persönlich beobachteten Fall ein. Bei diesem war infolge von Steinen eine vollständige Harnverhaltung eingetreten. Der Patient erlag nach mehrfachen Operationen einer aufsteigenden Infektion. Übrigens wies er ferner Blasen- und einseitige Nierenschrumpfung auf. Die an dieser Stelle besonders interessierende Tatsache war ein walnussgrosses, eiförmiges Divertikel in der Prostatagegend, dicht unter dem Blasenhalse, mit einer Anzahl keilförmiger Steine darin. Letztere entstammten entweder der Blase oder der Niere, waren aber noch, nach ihrer exzentrischen Schichtung zu schliessen, in der Urethra etwas weiter gewachsen. Wahrscheinlich bestand das Divertikel bereits vorher und hatte seinen Ursprung in einer angeborenen regelwidrigen Wucherung der normalen Schleimhautfalten. Dafür spricht die Bewahrung des Epithels, das sich durch den Druck der Steine lediglich epidermisiert haben wird. Die Steine bewirkten ihrerseits nur eine Ausweitung jener Tasche. Einem Einwande muss Verf. jedoch noch begegnen. Es fand sich nämlich eine narbig verdickte Stelle in der Pars cavernosa, doch waren nach der Anamnese nie Strikturbeschwerden vorhanden gewesen. Gansen beschuldigt daher die Steine als Ursache der Narbe; er weist die Divertikelbildung infolge einer Striktur auch schon deshalb von der Hand, weil dann die Tasche wohl sicher in der Pars membranacea gesessen hätte. (T.)

Die Seltenheit der angeborenen Urethralstrikturen, die Schwierigkeit einer positiven Diagnose bei denselben und das Fehlen jeglicher Darstellung der klinischen Begleiterscheinungen in der einschlägigen Literatur verleihen dieser Krankheit erhöhtes Interesse. Der Patient Churchmans (49), ein Knabe von 13 Jahren, klagte über Hämaturie, Brennen in der Harnröhre und Schmerzen auf der linken Seite. Die allgemeine physikalische Untersuchung ergab negatives Resultat, nur eine gewisse Empfindlichkeit zeigte sich beim Druck über dem linken Harnleiter. Die Symptome waren plötzlich aufgetreten. Der Harn reagierte sauer, war wolkig und manchmal blutig. Wiederholte Untersuchung auf Tuberkelbazillen verlief negativ. Die Öffnung des Urethralganges war ungefähr von der Grösse eines Stecknadelkopfes. Eine Untersuchung der Urethra selber, die nach Aufschneiden des Ganges vorgenommen wurde, legte eine Striktur ungefähr 1¼ cm hinter dem Meatus und eine zweite in der Pars bulbo-membranosa bloss. Ein Leitbougie und eine Sonde Nr. 8 wurden mit Schwierigkeit eingeführt — jede Einführung von Instrumenten verursachte brennenden Schmerz, sobald das Instrument durch die Urethra prostatica hindurchging, trotz Anwendung von 4%igem Kokain. Eine Erweiterung mit Sonden wurde ausgeführt, die Symptome verschwanden, der Urin wurde ganz klar, und der Patient fühlte sich völlig wohl beim Besuche, drei Monate nach der ersten Konsultation. Der Harnleiter war damals für eine Sonde Nr. 22 passierbar. Der Fall wurde erklärt als ein solcher von angeborener Striktur mit Blutung vom Veru montanum — eine Hypertrophie an dieser Stelle bildet in der Tat eine der kongenitalen Missbildungen (Ziegler). Die kongenitale Natur der Striktur in der Urethra erhellt aus dem Fehlen von Trauma und venerischer Infektion in der Krankheitsgeschichte, dann aus der Verbindung mit angeborener Striktur im Meatus, drittens aus der Beseitigung der Symptome durch Erweiterung und schliesslich aus dem Vorhandensein klaren Urins. Die Symptome waren die von Nieren- oder Harnleitererkrankung. Angeborene Striktur ausserhalb kann zu den möglichen Ursachen der Haematuria gerechnet werden. (Ch.)

Gardner (78) teilt den Krankheitsfall eines 10 jährigen Jungen mit, der ohne die Vorgeschichte einer hereditären Belastung oder Misshildung, seit seiner Geburt an häufigem Harndrang während des Tages und Inkontinenz während der Nacht litt. Verf. konstatierte mit Bougie à boule Nr. 10 F. eine ringförmige Striktur, dicht vor der Pars membranacea. Durch Dilatationsbehandlung erfolgte vollständige Heilung. Gardner erklärt das Zustandekommen einer kongenitalen Striktur auf entwickelungsgeschichtlichem Wege, durch Ausbleiben der Resorption einer der epithelialen Massen, die zu einer Zeit des embryonalen Lebens die vordere Harnröhre vollständig ausfüllen. Indessen reicht diese Erklärung nicht aus für kongenitale Strikturen der hinteren Harnröhre; für diese muss statt einer Entwickelungshemmung vielmehr eine übermässige Proliferation der Zellen angenommen werden, die den Sinus urogenitalis auskleiden. Kongenitale Strikturen sind häufig mit Missbildungen (Phimose, Hypospadie, Divertikeln) vergesellschaftet. Bei Kindern mit häufigem Harndrang und Bettpissen, ohne pathologische Veränderung des Urines, soll man an kongenitale Striktur denken. Häufige Symptome sind ferner frühzeitiger Geschlechtstrieb und Priapismus. Im Alter von 15 bis 30 Jahren kann dann eine plötzliche Attacke von vollständiger Retention eintreten, an die sich eine unvollständige chronische Retention mit konsekutiver Ausdehnung des ganzen Harnapparates hinter der Striktur anschliessen kann. (G.)

Asch (11) bespricht an der Hand von fünf Fällen die erheblichen Gefahren, die starke Sublimatinjektionen in die Harnröhre mit sich bringen, wie sie auf eigene Faust von Leuten ausgeführt werden, die den Ausbruch eines Trippers nach verdächtigem Koitus verhüten oder einen vorhandenen durch Gewaltkuren beseitigen wollen. Ein Apotheker hatte sich sogar die Lösung 1 : 500 eingespritzt. In allen Fällen kommt es zu einer Behinderung des Urinlassens, wobei gleichzeitig heftiger, schmerzhafter Harndrang besteht, sobald die Injektion die hintere Urethra erreichte. Das vorhandene starke Brennen in der Harnröhre erklärt sich aus dem endoskopischen Befunde, wie ihn Asch bei einem Patienten erheben konnte, der seine eigene Kurpfuscherei zunächst verheimlicht und nur angegeben hatte, er stehe bereits lange in ärztlicher Behandlung mit den verschiedensten Mitteln. Die Einspritzung war vor zwei Tagen erfolgt. Die Littréschen Drüsen und die Morgagnischen Krypten waren stark entzündet. Mehr noch interessiert natürlich der Beginn der Strikturbildung. Bei dem erwähnten Falle sprangen, quer oder auch schief verlaufend, in der Pars membranacea und bulbosa weisse, sehr harte Stränge vor; in der eigentlichen Pars cavernosa sah man hingegen mehr flächenhafte Infiltrationen. Asch konnte mit Hilfe des Endoskops bequem die entzündeten und strikturierten Stellen mit Jodtinktur betupfen, wodurch die Erscheinungen schnell zurückgingen, unterstützt durch Bettruhe, Bleiwasserumschläge, lauwarme Kamillensitzbäder und Urotropin. Letzteres soll eine aszendierende Infektion verhüten, wie sie ja infolge der vorhandenen Entzündung, der virulenten Bakterien in der Urethra und infolge der Harnretention droht. Sobald die akuten Erscheinungen binnen wenig Tagen verschwunden sind, wird man normalerweise erst auf Strikturen hin sondieren dürfen, um dann eine meist mühsame und langwierige Dilatationsbehandlung anzuschliessen und gegebenenfalls gleichzeitig mittelst des Endoskopes die Stellen mit Jodtinktur, etwa fünfmal im ganzen, zu betupfen. Asch weist darauf hin, dass letztere für die normale Schleimhaut zwar ein schädliches

Ätzmittel sei, aber Infiltrationen erweiche und die oberen Schichten zur Abstossung bringe, wie der auftretende dicke Ausfluss beweise. Auch die Drüsenentzündungen gehen unter der Jodbehandlung zurück. (T.)

Mit den durch Trauma verschuldeten Strikturen der männlichen Urethra beschäftigt sich Pfeil (174a). Er zählt die häufigeren besonderen Ursachen der Harnröhrenzerreissung auf, unter denen der Fall rittlings auf einen verhältnismässig schmalen und dadurch scharfkantig wirkenden harten Gegenstand die weitaus grösste Rolle spielt. Meist ist die Pars bulbosa verletzt; die Pars membranacea steht statistisch nur an der Spitze bei Beckenbrüchen, die mit ihren Knochenfragmenten eine Aufspiessung, Zerquetschung oder auch Zerschneidung derselben herbeiführen können. Verf. gibt hier Kaufmann und König recht, nach denen es lediglich darauf ankommt, ob eine Fraktur in der Schossfugengegend stattfindet. Die genannten Teile der Urethra, besonders die Pars bulbosa, sind aber zugleich ein Lieblingssitz gonorrhoischer Strikturen, was bei der Begutachtung von Unfällen berücksichtigt werden muss. Die Beschwerden und Folgezustände sind naturgemäss den Harnröhrenverengerungen jeder Herkunft gemeinsam, so dass man sich nicht durch Aussagen der Patienten täuschen lassen darf; man muss auf Tripper noch besonders untersuchen. Eine gonorrhoische Striktur wird sich andererseits durch hinzukommende traumatische Reize verschlimmern. Die Verengerungen infolge von Verletzung entwickeln sich meist schnell und erreichen durchschnittlich binnen einem Viertel- oder Halbjahre ihren Höhepunkt. Immerhin hat man schon zwei Jahre darüber vergehen sehen. Die Prognose solcher Strikturen ist nicht sehr günstig wegen oft geringer Dauererfolge ihrer Behandlung. Bleibende Einschränkung der Erwerbsfähigkeit kommt daher für die Unfallversicherung stark in Frage. Allgemeine Regeln für die Entschädigungshöhe sind bei den unendlich vielen Graden des Leidens kaum zu geben. Die Beschwerden können sich ja zu mannigfach und in zu verschiedener Stärke kombinieren.

Pfeil selbst verfügt über ein Material von 19 einschlägigen Fällen aus einem Bonner Krankenhause, über die er eine sehr geschickte tabellarische Übersicht gibt. Er nimmt dann für die nähere Besprechung eine Gruppenteilung vor und unterscheidet aseptisch gebliebene und durch Hinzutritt einer Infektion komplizierte Fälle. Als Anhang zu letzteren zählt er die auf, bei denen eine nicht-infektiöse Urinfistel zurückblieb. Am günstigsten verliefen selbstverständlich die aseptischen Fälle, zumal wenn die Kranken sofort nach dem Unfall in eine sorgsame Spitalbehandlung genommen wurden, die von vornherein mit der entstehenden Striktur rechnet. Gegen leichtsinnige, durch zunächst geringe Beschwerden hervorgerufene Weigerung, eine vorbeugende Nachbehandlung mit Bougies vornehmen zu lassen, lässt sich freilich nichts tun. Zu warnen ist ferner vor einem zu frühen Aufhören mit letzterer von seiten des Arztes. Ein Fehler gröbster Art ist es auch, die Patienten für eine Selbstbougierung zu entlassen, da diese oft nachlässig ausgeführt wird oder gar eigene Verletzungen bezw. Infektionen zur Folge hat. Kaum besser steht es mit der Fortbehandlung durch Heilgehilfen. Nur unter Beachtung aller jener Faktoren und einem tatkräftigen Einschreiten gegen etwa bereits ausgebildete Strikturen und Fisteln, gegebenenfalls mittelst Operation, kann man dauernde völlige Wiederherstellung und damit einen Wegfall der Unfallrente, selbst nach schweren Verletzungen, erwarten. Zum Schluss wird man einer zeitlich begrenzten

„Schonungsrente" zustimmen, selten hingegen einer Rentenverlängerung wegen gewisser rein suhjektiver Nachwirknngen, wie leichter Schmerzen in den Narhen hei Witterungsumschlag oder infolge gelinder Blasenreizung. Dauernd zurückhleibende, weil wegen Operationsscheu der Kranken nicht geheilte Fisteln erfordern eine ständige Rente von 10—15%. Alles muss aher daran gesetzt werden, eine Infektion zu verhüten, lässt diese doch sogar Todesgefahr eintreten. Natürlich ist eine zur Zeit des Unfalles noch hestehende Gonorrhoe hesonders zu fürchten. Beschränkt sich die Infektion im Anschluss an das Trauma nnr auf eine Cystitis, so zögert sich die Genesnng auch hei gründlicher Behandlung beträchtlich hinaus. Einem Kranken mussten noch nach drei Jahren 20% bewilligt werden, einem anderen nach zwei Jahren noch 50%. Bestehen noch sonstige Komplikationen, so drückt eine Beseitigung des eitrigen Blasenkatarrhs die Rente wenigstens heträchtlich herah, in einem Falle von 50% auf 33⅓%. Der, ahgesehen von den Todesfällen, am wenigsten durch die Therapie heeinflusste Patient erheischt dauernd 90%. Zwar wurde eine Striktur hei ihm schliesslich endgültig hehohen, aber der Znstand seiner Blase verlangt täglichen Katheterismus. Ferner leidet er an starkem Harnträufeln. Die dadnrch verursachte ständige Nässe ihrerseits führte zu einem chronischen Rheumatismus, der den Mann, ahgesehen von den Schmerzen, schwer heweglich und schnell ermüdhar machte, so dass er anch auf die Stütze eines Stockes angewiesen ist. (T.)

Porosz (180) giht eine Zusammenfassnng der Kriterien zur Diagnose der Harnröhrenstriktnren und Schilderung der Erweiterungs-Dehnungstherapie. Die Arheit hringt nichts Neues. (Ka.)

Da in der Therapie der Strikturen die langsame und stufenweise Dehnung noch immer am hänfigsten angewandt wird und da das Thiosinamin anf verschiedene Narhengewehe des Körpers in einer diese erweichenden Art einwirkt, hestimmte Remete (191) eine Serie von 20 Kranken für die Therapie mit Thiosinamin. Die Injektionen — zweimal wöchentlich — geschahen mit einer 15%igen alkoholischen Lösung, von welcher stets nur 1 g zwischen Haut und Muskulatnr des Rückens appliziert wurde. Schon nach einer kurzen Reihe von Injektionen konnte — hesonders hei Strikturen mittleren Kalihers — eine ziemlich ansgiehige Erweiterungsfähigkeit konstatiert werden. Das Thiosinamin scheint in der Methode der gradnellen Dilatation eine das Verfahren erleichternde Rolle zu spielen nnd verdient in die Therapie der Strikturen als ein nützliches Agens aufgenommen zu werden. (Ka.)

Nach einer längeren Einleitung, in der Reiss (190) die Anwendung der Elektrolyse in der Dermatologie hespricht, verweilt er länger bei der Schilderung der elektrolytischen Behandlnng der Harnröhrenstrikturen. Am meisten ist hier die Neumannsche und Langsche zirkuläre Elektrolyse zn empfehlen. Die lineäre giht keine Danererfolge. Reiss wendete die zirkuläre Elektrolyse in mehreren Fällen an, welche er detailliert heschreiht und in drei Gruppen teilt. Zur ersten Gruppe gehören drei Fälle mit nngünstigen Resultaten, was Verf. in Znsammenhang mit einem entzündlichen Prozesse der Harnröhre stellt. In solchen Fällen ist es richtiger, die Elektrolyse zu unterlassen. Die zweite Grnppe umfasst fünf Fälle mit günstigen Resnltaten, aher ohne weitere Kontrolle; sie ist also nicht geeignet, um üher Endresnltate, die diese Methode liefert, sich ein Urteil zu hilden. In der dritten Gruppe befinden sich siehen Fälle mit prachtvollen Ergehnissen,

kontrolliert im Verlaufe von 3—6 Jahren. Auf Grund der Resultate dieser Gruppe empfiehlt Reiss die Anwendung der Elektrolyse bei der Behandlung von Harnröhrenstrikturen. (Kr.)

Ballenger (13a) gibt eine Übersicht über die in Amerika üblichen Behandlungsmethoden der Striktur, ohne wesentlich Neues zu bringen. (G.)

In dem von Haberern (94) beobachteten Falle war der strikturierte Teil der Harnröhre nicht von einfachen Narben, sondern von einem ganzen tumorartigen Gebilde umgeben, welches die Prostata völlig substituierte. Der Tumor wurde entfernt. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Geschwulst, welche anfangs für ein malignes Neoplasma gehalten werden konnte, eigentlich im ganzen bloss aus entlang der Harnröhre gewuchertem, chronisch-entzündlichem Gewebe besteht. (Ka.)

Schilderung eines Falles durch Weiss (242), welcher im Anfang die charakteristischen Symptome einer Harnröhrenstriktur resp. einer retrostrikturalen Urininfiltration zeigte. Man nahm eine Inzision und Drainage der Wundhöhle vor. Am sechsten Tage des Wundverlaufes stiess sich eine grauschwarz verfärbte sequestrierte Gewebsmasse von etwa Nussgrösse ab, in der sich eine 4 cm lange, abgebrochene Spitze eines Hühnerfederkieles befand, die sich Patient zur Erleichterung des Urinlassens in die Harnröhre eingeführt hatte. (Ka.)

Ein zufällig bei der Obduktion, in einem Divertikel der Pars pendula, durch Wolf (244) gefundener Stein wog 23 Gramm. Der aus organischen Substanzen bestehende Kern war vielleicht durch frühere Einspritzungen gegen Tripper verursacht. (G.)

Ein 44jähriger Patient von Keyes (120a) mit einer 30jährigen Krankheitsgeschichte, litt, ohne nachweisbare Ursache, (keine Gonorrhoe oder Syphilis) an einem, durch endoskopische Untersuchung konstatierten, Geschwür im Bulbus, das Schmerzen beim Urinieren und postmiktionelle Blutungen verursachte. Eine lokale Applikation mit starken Höllensteinlösungen war erfolglos, die Heilung erfolgte durch Behandlung mit starken Sonden. Verf. sieht in dieser Erkrankung ein Analogon zur Analfissur und empfiehlt wie für diese die Dehnung des Sphinktermuskels, so für jene die Überdehnung des Kompressivmuskels durch grosskaliberige Sonden. (G.)

Im ersten der beiden von Gross (88) beschriebenen Fälle lag eine Kombination von Tripper und Harnröhrenschanker vor, im zweiten eine Scabies und Syphilis. (G.)

Ein 30jähriger Patient Allens (3a) litt an chronischem Harnröhrenausfluss und Harnträufeln. Es fanden sich zahlreiche Papillome in der vorderen Harnröhre, nach deren Entfernung durch Curettage und nach Betupfen der Basis mit 50% Höllenstein Heilung eintrat. Verf. betont die überaus grosse Seltenheit dieser Affektion, von der er nur 2 Fälle beobachtet hat. (Ref. hat eine Reihe derartiger Fälle beobachtet.) (G.)

Ein 23jähriger Patient Lydstons (148a), der weder Gonorrhoe noch Syphilis gehabt hatte, erkrankte vor drei Jahren an häufigem Urinieren, sowie Schmerzen oberhalb der Symphyse und im Perineum, namentlich nach dem Harnlassen. Seit 6 Monaten hat er Schmerzen in der Harnröhre mit beständigem Harndrang. Der Urin ist normal. Eine Sondenuntersuchung der membranösen und prostatischen Harnröhre ist sehr schmerzhaft, keine Striktur vorhanden. Die endoskopische Unter-

suchnng der Harnröhre wurde nicht vorgenommen, die cystoskopische Untersuchung blieb negativ. Bei der Boutonnière wurde in der Regio bulbomembranacea ein gelappter Tumor gefunden und stückweise stumpf mit den Fingern entfernt. Es handelte sich um ein Adenom, das jedenfalls von einer Cowperschen Drüse ausging. (G.)

Sittler (217) unterzog sich in umfangreichen Versuchen der Mühe, die für lackierte Seidengeflechtskatheter in Betracht kommenden Sterilisierungsverfahren auf ihren Wert hin durchzuprüfen. Die verschiedenen einfachen Kochmethoden ergaben zwar die Möglichkeit einer schnellen Keimfreimachung, vor allem in gesättigter Ammonsulfatlösnng, aber die Katheter selbst werden durch sie völlig ruiniert; ihre Lackschicht quillt auf, erhält Runzeln und löst sich stellenweise sogar ab. Die Instrumente werden so weich, dass sie direkt einknicken können.

Die chemische Sterilisation greift die Katheter gleichfalls stark an, mag man ein Desinfektionsmittel wählen, welches man will. Auch hier quillt der Lack auf, wird rissig und geht endlich ganz verloren. Vielfach versagt ferner die Keimfreimachung. Von den gasförmigen chemischen Mitteln kommt heutzutage eigentlich nur noch der Formaldehyddampf in Betracht. Setzt man bei Zimmertemperatur feuchte Katheter den Dämpfen aus Scheringschen Trioxymethylenpastillen aus, so erhält man eine genügend sichere Keimfreiheit unter bestimmten Kautelen. Weil das Formaldehyd nur eine schwache Tiefenwirkung besitzt, dürfen nämlich die Instrumente nicht mit dickerer Watte oder dergleichen umwickelt sein. Ausserdem sind sie vor der Desinfektion sowohl innen wie aussen sorgfältig von Eiter, Blut, Schleim, Fett und Seife zu reinigen. Eine geringe Quellung und Verfärbung der Lackschicht kann eintreten.

Sittler versuchte zum Schluss noch die durch v. Esmarch empfohlene Keimfreimachung mit Formalinwasserdämpfen auf die Kathetersterilisation zu übertragen. In dem S. 199 der betr. Zeitschrift abgebildeten und genau beschriebenen, recht einfachen Apparate gelang es dem Autor, die Instrumente tadellos zu desinfizieren, indem er sie langsam auf eine Temperatur von nur 60—75° (am besten 70°) brachte und dann abkühlen liess. Die Katheter werden nur ebenso gering und langsam angegriffen, wie durch feuchte Formaldehyddämpfe, lassen sich aber viel rascher keimfrei machen und brauchen keine so peinliche vorhergehende Reinigung zu erfahren. Nach v. Esmarch ist die Tiefenwirkung recht kräftig. Schliesslich bleibt auch nur eine unerhebliche Formalinmenge haften. (T.)

Auf Grund eingehender klinischer Beobachtungen kommt Bangs (15) zur Überzeugung, dass häufig ganz geringfügige Veränderungen in der Harnröhre auf reflektorischem Wege hochgradige Störungen im Allgemeinbefinden hervorrufen können. Dieselben zeigen sich entweder in hochgradiger Steigerung der Libido sexualis, in häufigen und schmerzhaften Erektionen oder in Störungen der Blase (Irritable bladder). Eine genaue Untersuchung der Harnröhre und ihrer Adnexe ist in jedem Falle von sogenannter sexueller Neurasthenie indiziert, da es sich in vielen Fällen nicht um eine Neurose, sondern um eine Reflexstörung handelt, die von, wenn auch unbedeutenden, so doch tatsächlich vorhandenen anatomischen Veränderungen der Harnröhre ausgeht, nach deren Beseitigung durch lokale Behandlung, die allgemeinen Störungen aufhören. (G.)

Pathologische Veränderungen der Harnröhre sind nicht die einzigen Faktoren der sexuellen Neurasthenie, es muss daneben noch eine Unstabilität des Nervensystems vorhanden sein. Ravogli (188a) fand in allen Fällen von sexueller Neurasthenie auf der Basis einer Gonorrhoe, von Masturbation oder anderen Exzessen in Venere, charakteristische Symptome pathologischer Veränderungen in der Prostata, als welche er in erster Linie ein „milchiges Sekret" nach der Massage anführt. (Ref. bezweifelt den Wert dieses Symptoms per se, es kommt vielmehr auf den mikroskopischen Befund des Sekretes an; er muss auch der Behauptung Ravoglis widersprechen, „dass man bei normaler Prostata keine Flüssigkeit exprimieren kann".) Ravogli wendet neben allgemeiner Behandlung lokale Therapie an. (G.)

Bering (30) knüpft seine Untersuchungen über das Prostatasekret an zwei klinische Beobachtungen. Erstlich fielen ihm Fälle von Phosphaturie namentlich bei chronischer Prostatitis auf; zweitens stellte er das Vorkommen von Leukozyten im Sekrete der Vorsteherdrüse noch 20 und mehr Jahre nach einer überstandenen Gonorrhoe — mit und ohne Prostatabeteiligung — fest. Beiläufig weist Verf. darauf hin, dass die weissen Blutkörperchen bei Prostatitis kleiner und meist einkernig sind, ferner ein eigentümlich granuliertes Protoplasma besitzen; dieses Verhalten gestattet im Präparate eine Differentialdiagnose gegenüber den Leukozyten von einer Urethritis. Für seine Forschungen am normalen Prostatasekrete benutzte Bering junge Männer, die keinen Tripper durchgemacht hatten und deren Harnröhre und Blase er gründlichst ausgespült hatte.

Das durch Massage der Vorsteherdrüse gewonnene Sekret reagiert meist deutlich sauer, selten neutral, nie amphoter. Im frischen Präparate bemerkt man zwei Arten von runden Körperchen, ohne Eigenbewegung. Die einen besitzen etwa die Grösse eines Erythrozyten, sind kernlos und schwach granuliert; die anderen hingegen sind glatt und kaum halb so gross, als jene. Es sind im Sekrete keine weissen Blutkörperchen vorhanden. Die Zahl der Epithelzellen ist auch nur klein; die geschilderten runden Körperchen können sich im Präparate darüber oder darunter schieben, während sie bloss scheinbar in ihnen liegen. Böttgersche Kristalle fehlten im frischen Ausstriche. Durch Zusatz von etwas Phosphorsäure oder durch Lufttrocknung des Präparates erzielt man eine Kristallisierung der erwähnten grösseren runden Körperchen, d. h. der sogenannten Corpora amyloidea. Diese erhalten eine meist sechseckige Gestalt von grosser Regelmässigkeit. In ihrer Mitte befindet sich jedesmal ein winziger Punkt. Die kleineren Körperchen des frischen Präparates wahren bei der Kristallisierung ihre rundliche Form mehr oder weniger, ordnen sich zu Haufen an und bestehen wohl aus Kalziumkarbonat. Durch Prostatitis ändert sich diese normale Zusammensetzung des Sekretes dahin, dass mehr und mehr Leukozyten in ihm erscheinen; im gleichen Verhältnis verschwinden die sogenannten Corpora amyloidea. Letztere entstehen in den Drüsenschläuchen, augenscheinlich eines nach dem anderen. Sie stellen Konkremente dar, die sich um Häufchen abgestossener und degenerierter Drüsen-Epithelzellen bilden. Das oben erwähnte Pünktchen in den Körperchen dürfte deren Kerntrümmer bedeuten. Die eigentliche Substanz wird von den Drüsenepithelien geliefert, und zwar aus dem Blute. Sie besteht nach Iversen im wesentlichen aus phosphorsaurem Kalk. Diese Zusammensetzung findet Bering bestätigt durch die Kristalli-

sationsform im lnfttrockenen Präparate. Je nach ihrem Gehalte an organischen Stoffen gehen nach des Verfassers Meinung die Konkremente spezifische Farbenreaktionen, wie sie von früheren Untersuchern beschrieben wurden, oder nicht.

Je mehr die Körperchen in den Drüsenschläuchen anwachsen, um so stärker drücken sie auf das Drüsenepithel nnd zerstören es an jener Stelle. Durch solche Lücken versuchen Leukozyten durchzuschlüpfen; doch die Regeneration erfolgt zu schnell, so dass nur selten ein paar weisse Blutkörperchen zusammen mit den sogenannten Corpora amyloidea in dem normalen Prostatasekrete ausgeschieden werden dürften. Die Konkrementbildung, für die Bering auf Grund seiner Untersuchungen den neuen Namen Prostatakalk vorschlägt, scheint, nach dem allgemeinen Urteile, mit der Pubertät einzusetzen; sie hört aber, nach den Befunden an Greisen, durch das Wiedererlöschen der Geschlechtsfunktionen nicht auf. (T.)

Bekanntlich sind der typische Bestandteil des Prostatasekretes die Lezithinkügelchen. Diese nehmen ab oder verschwinden gar völlig aus dem Sekrete bei chronischer Prostatitis. Posner und Rapoport (184) stellten, um diese Erscheinung zu klären, zunächst fest, dass das Lezithin in den Drüsenepithelien auftritt und dann als Tröpfchen sich ins Drüsenlumen begibt. Bei chronischer Prostatitis werden die Lezithinkügelchen, wie Färbungen des Sekretes solcher Fälle mit Scharlachrot ergaben, von den Leukozyten aufgenommen, in denen bei jener Behandlung sich rotgefärbte Körnchen, vereinzelt oder in grösserer Anzahl, zeigen. Im normalen Sekrete sehen die gefärbten Kügelchen ganz genau so aus. Wie es zu der Leukozyteneinwanderung auch in Fällen von sogenannter aseptischer Prostatitis kommt, bei der die Phagozyten nicht durch pathogene Bakterien angelockt werden, erklären sich die Verff. nach Analogie der Kolostrumbildung. Sobald der Abfluss des Prostatasaftes behindert ist, stellen sich die Leukozyten ein, um die Lezithinkörnchen wegzuräumen. Falls es sich um solche aseptische Form der Prostatitis handelt, wird ein mechanisches Heilverfahren schnelle Besserung erzielen, wie Hydrotherapie, Massage und Elektrizität, da es dann auf eine Behebung der Muskelatonie ankommt. (T.)

Schmerzen in den Augen mit Thränenträufeln und Akkommodationsstörungen, die Astigmatismus vortäuschen können, sind von Boogher (34a) erst als Folge von Prostataerkrankungen beobachtet worden. Die Augenstörungen schwanden nach entsprechender Behandlung der Prostata. (G.)

Bangs (14) schreibt früheren entzündlichen Prozessen, namentlich den durch Gonorrhoe bedingten, eine wichtige Rolle in der Ätiologie der Prostatahypertrophie zu; er schliesst sich den bekannten Hypothesen von Ciechanowski an. Geregelten sexuellen Verkehr empfiehlt er prophylaktisch gegen Prostatahypertrophie. (G.)

Es gibt, wie Pilcher (177) ausführt, drei Typen von Prostata, die Harnverschluss verursachen: die grosse weiche, die kleine harte und einen gemischten Typus. Eine Infektion hat keinen Einfluss auf den Typus: In vielen Fällen von Prostatahypertrophie kommt eine wahre Muskelhypertrophie vor. In einigen der atrophischen Fälle findet sich eine relative Verminderung der glandulären und eine relative Vermehrung der muskulären Elemente. Gonorrhoe hat als ätiologisches Moment keine Bedeutung. Die Theorie, dass die Verstopfung der Ausführungsgänge eine passive Ausdehnung der Drüsenelemente verursacht, erklärt nicht den

pathologischen Befund. Die Prostatahypertrophie ist das Resultat eines übermässigen Wachstums der Drüsenelemente, beeinflusst durch degenerative Veränderungen des Alters und anderer Ursachen, die die Bildung eines fibrösen Bindegewebes in einer aktiven, funktionierenden Drüse befördern. (G.)

Halbhuber (97) berichtet über einen 78 jährigen Prostatiker, der nur löffelweise unter starkem Brennen einen sehr trüben, stinkenden Urin zu entleeren vermochte. Da der Patient Blasenspülungen nicht vertrug, wurden ihm täglich drei Tabletten Helmitol zu 0,5 g verordnet, unter deren dauerndem Gebrauche er schliesslich des Nachts fünf bis sechs, am Tage bis zu drei Stunden seinen Harn zu halten vermag. Letzterer ist nunmehr wieder klar und wird beschwerdelos gelassen. Die bis jetzt 17 Monate währende Helmitolbehandlung hat keinerlei Nebenwirkungen gezeitigt. Andererseits verschlimmert sich der Zustand sehr schnell, sobald ein Versuch gemacht wird, das Mittel auszusetzen. (T.)

Thorndike (226) bricht eine Lanze für den Katheter in den Fällen von Prostatahypertrophie, wo die Patienten mit dem ein- oder zweimaligen täglichen Gebrauch desselben ein behagliches Dasein führen. Die Kranken gewöhnen sich an das Katheterleben. Sobald aber die Einführung des Instrumentes schwierig ist und sich beim Gebrauch des Katheters häufiges und schmerzhaftes Urinieren einstellt, rät er zur Prostatektomie. (G.)

Carabelli und Luraschi (39) berichten über ihre ersten Versuche einer Radiotherapie bei Prostatahypertrophie mit geradezu glänzendem Resultate von über Jahresfristdauer. Zur Behandlung bedienten sie sich einer besonders konstruierten schiefen Ebene, um den Kranken derart legen zu können, dass die Dammgegend den X-Strahlen ausgesetzt zu werden vermochte. Skrotum und Penis wurden nach oben gezogen und durch einen dem Damme aufgelegten Bleischirm der Wirkung der Röntgenstrahlen entzogen. Die Röhre blieb etwa 20—25 cm vom Damme entfernt.

Zwei Fälle sind derart behandelt worden, der eine mit 15 Sitzungen (3—7 Minuten lang, 3 Ampère, 100 Volt, Posometer Brandt Nr. 3), der andere mit zehn Sitzungen. Die subjektiven Beschwerden verschwanden, die Urinentleerung wurde normal, der Residualharn verschwand fast völlig. (V.)

Es ist nicht die Aufgabe dieses Jahresberichtes, auf die Einzelheiten des blutigen Heilverfahrens bei Prostatahypertrophie näher einzugeben; gleichwohl muss eine allgemeine Übersicht über die chirurgischen Leistungen und Fortschritte auf diesem Gebiete gegeben werden. Gotthard (83a) sagt selbst, unter dem Einflusse Biers, dass die Operation nur in gewissen Fällen durchaus notwendig erscheint, so sehr auch jedem Prostatiker die Gefahren des Katheterismus und besonders der aufsteigenden Infektion drohen. Die indirekten oder sexuellen Operationen sind allgemein verlassen und bedürfen daher keiner kritischen Besprechung mehr. Anders steht es mit der galvanokaustischen Radikalbehandlung per vias naturales nach Bottini; diese findet noch immer ihre Fürsprecher. Überhaupt unmöglich wird sie bei Verengerungen der Harnröhre und dem Bestehen sogenannter falscher Wege in ihr. Nach dem Urteile der meisten Autoritäten lässt sich das Verfahren ferner nur anwenden, wenn der mittlere Lappen so gut wie ausschliesslich hyper-

trophisch ist — ein statistisch sehr verschieden gewertetes Vorkommnis. Schliesslich schrecken die oftmaligen lebensgefährlichen Nach-Blutungen und postoperativen Infektionen ab. Den entscheidenden Schritt zu den modernen blutigen Eingriffen bedeutet die suprapubische Methode, die namentlich P. I. Freyer vervollkommnete. Er blieb nicht bei der anfänglich auch hierbei allein geübten Fortnahme des Mittellappens stehen, sondern entfernt, wenn nötig, sogar das ganze Organ. Dieses wird zugänglich gemacht durch eine Sectio alta und dann, durch die Harnblase hindurch, zusammen mit seiner Kapsel ausgeschält. Die Ergebnisse der Methode befriedigen oft sehr, doch gibt es Fälle, in denen schon allein ihre technische Ausführung misslingt, so bei der fibrösen Hypertrophie. Auch die Drainage lässt manchmal zu wünschen übrig. Unangenehm ist schliesslich noch die mangelhafte Beaufsichtigung der Arbeit durch das Auge. Weitere erhobene Einwände bestehen freilich möglicherweise zu Unrecht. Das zurzeit wohl beste Verfahren, von dem bereits zahlreiche Modifikationen bestehen, ist die perineale Prostatektomie. Auch Gotthard gibt ihr, an der Hand von 11 Krankengeschichten aus der Bonner chirurgischen Klinik unter Bier, den Vorzug. Dort geschieht sie stets unter der bequemen Lumbalanästhesie. Wie der Name der Methode andeutet, legt man die Prostata auf perinealem Wege frei, wobei man das Rectum ablöst und bei Seite schiebt. Die Kapsel der Vorsteherdrüse wird gespalten und dann die Lappen der letzteren nacheinander herausgeholt. Es dürfte das beste sein, die Harnröhre zu schonen, wenn der Einzelfall hierfür günstig liegt; dies ist auch Biers Grundsatz. Die perineale Operation führt fast stets zum Ziele, nur dann nicht, wenn der Mittellappen sich weit in die Blase vorwölbt. Der Blutung wird man leicht Herr und Urininfektionen kommen selten vor. Gerade die Patienten mit chronischer gänzlicher Harnverhaltung sind das geeignetste Material. Natürlich darf es sich nicht um vorher schon allzu stark heruntergekommene Leute handeln. Die Zeugungsfähigkeit geht leider meist verloren, was trotz des höheren Alters, namentlich psychisch, oft erstaunlich einwirkt. Harninkontinenz beobachtet man nach dem Eingriffe öfters, doch ist sie dann grösstenteils nur vorübergehend. Etwa zurückbleibende Damm- und Mastdarm-Harnröhrenfisteln verursachen den Operierten wenig Beschwerden, im Vergleich zu ihren früheren Qualen. Einige neue Vorschläge empfehlen gegen die Prostatahypertrophie Verfahren, die zwar den chirurgischen Idealen noch mehr entsprechen, aber — angesichts der Erfolge durch das letztgenannte — wohl zu eingreifend genannt werden müssen. Sie erfordern eine teilweise Resektion der Symphyse und der absteigenden Schambeinäste, um einen recht breiten Zugang an einer, bezüglich Nebenverletzungen und Infektion, möglichst unbedenklichen Stelle zu schaffen. (T.)

Ware (239a) vergleicht die Wahl zwischen perinealer und suprapubischer Operation für Prostatavergrösserung, mit der Wahl zwischen vaginaler und abdomineller Route für Hysterektomie. Die perineale Methode ist aus anatomischer Begründung die Methode der Wahl, die suprapubische des Zwanges. Eine cystoskopische Untersuchung soll in jedem Falle ausgeführt werden, zur Bestimmung der Operationsmethode. Unmöglichkeit des Katheterisierens, Retention, Hämorrhagie und Sepsis sowie die Anwesenheit eines Steines sind die Indikationen zur Operation. Bei armen Patienten, bei denen aseptische Katheterisation unmöglich ist, soll dieser Eingriff möglichst früh ausgeführt werden. (G.)

Znr Beseitigung der Prostatahypertrophie stehen uns drei Methoden znr Verfügung, die suprapubische nnd perineale Prostatektomie und die Bottinische Operation. Alle drei Methoden erfüllen ihren Zweck. Wenn der Zustand des Patienten es gestattet, verdient nach W. Meyer (155) die Prostatektomie den Vorzug, da sie das Hindernis am sichersten beseitigt. Verf. befürwortet die perineale Operation in den Fällen, wo man die Drüse vom Rektum aus als stark vergrössert fühlen kann nnd sie nicht hoch über den Musculns sphincter ani hinansgeht. Ist die Drüse höher gelegen und zeigt das Cystoskop einen mittleren Lappen, so ist der hohe Weg vorzuziehen, ebenso in Fällen mit einem oder mehreren Blasensteinen, die nicht leicht durch den gedehnten Schliessmuskel der Blase extrahiert werden können. Das gleiche gilt vom Prostatakarzinom, das verhältnismässig häufiger vorkommt. Die suprapubische Methode scheint bezüglich der Erhaltnng der Potenz bessere Resultate zu geben, als die perineale. Wird der blutige Eingriff verweigert, oder liegen Kontraindikationen für denselben vor, so tritt Bottinis Operation in ihre Rechte. Nur wenn anch diese Operation verweigert wird oder unmöglich ist, soll man den Patienten znm regelmässigen Gebrauch des Katheters anhalten. (G.)

Cabot (36a) verwirft den Katheter; er operiert bei den ersten Anzeichen eines behinderten Urinabflnsses, eventnell führt er, falls der Znstand des Patienten es nötig macht, zunächst die snprapnbische oder perineale Drainage aus und später die Prostatektomie. Der Operation soll eine Behandlung der Cystitis und Regelung der Diät vorausgehen. Das Cystoskop kann nnter Umständen vor der Operation zur Wahl der Methode benützt werden. Sieben der mitgeteilten Fälle wurden auf snprapnbischem Wege operiert, davon starben vier, 18 anf perinealem Wege nach Goodfellow, ohne Todesfall. Verf. legt (mit Recht, Ref.) grossen Wert auf die Nachbehandlung (freie Drainage durch einen Katheter, 40 Charrière nnd Ausspülung der Blase mit Borlösung alle sechs Stnnden); am zehnten Tage wird eine Sonde eingeführt. Von den 18 perinealen Fällen behielt ein Patient Inkontinenz, drei hatten Epididymitis. In allen anderen Fällen stellte sich ein befriedigendes Endresultat heraus. Auf Grund seiner Erfahrung bekennt sich Cabot als Anhänger der perinealen Methode. (G.)

In sieben Fällen wurde die suprapubische Prostatektomie mit perinealer Drainage, in 21 Fällen die perineale Prostatektomie von Squier (219) ausgeführt. Von ersteren starben drei infolge der Operation, von letzteren zwei. Das Alter an sich bietet keine Kontraindikation: In sechs seiner Fälle waren die Patienten über 80 Jahre alt. Die Resultate waren gut, indessen wurden in einigen Fällen, trotz langer Nachbehandlung, keine vollständigen funktionellen Erfolge erzielt. (G.)

Die Prostatektomie ist nach Bissell (32a) indiziert, wo Katheterisation mit Irrigation der Blase unmöglich, nnpraktisch oder, wegen Infektion, häufiger Attacken von Epididymitis, akuter Cystitis, Schüttelfrösten nnd Fieber, im Gefolge des Katheterisierens, kontraindiziert ist. Die perineale Operation verdient den Vorzug, da sie leichter (? Ref.) und ungefährlicher ist nnd auf perinealem Wege besser drainiert werden kann. (G.)

Pilcher (176) findet die Indikation znr Prostatektomie in Störungen der Urinentleerung, die den Patienten beträchtlich znsetzen, im Vorhandensein von Residnalharn, namentlich aber in Krisen vollständiger Retention, die auf prostatische Obstruktion zurückzuführen sind. Den

Katheter empfiehlt er nur als einen temporären Behelf. Als Kontraindikation lässt er vorgeschrittene Nierenerkrankung und allgemeine Schwäche gelten. Er operiert nach der Methode von Young in Chloroformnarkose. Von 23 operierten Patienten starben zwei. Funktioneller Erfolg nur in einem Falle nicht gut, permanente rekto-nrethrale Fistel in einem Falle, vorübergehende Epididymitis in sechs Fällen, von denen zwei abszedierten, permanente Sphinkterenschwäche in zwei Fällen. (G.)

In einer Anzahl von Fällen ist es nach Erdmann (63) ratsam, auch wenn die Vergrösserung der Prostata derartig ist, dass sie nur zum Teil an der Obstruktion Schuld trägt, dieselhe zu entfernen. Es handelt sich um Fälle, in denen die Drainage notwendig ist, wegen Unmöglichkeit der Katheterisation infolge von Striktnren, akuter Obstruktion, Trauma der Harnröhre etc. Verf. herichtet üher acht Fälle, in denen er wegen Harnverhaltung die perineale Prostatektomie ausgeführt hat, wo konservative Chirurgen sich früher, und vielleicht auch noch jetzt, mit der einfachen Drainage begnügt hätten. Die Entfernung der Prostata, im Anschluss an die perineale Drainage, verlängert die Operation nnr nm einige Minuten und giht hessere Resultate. Erdmann ist Anhänger der perinealen Operation. (G.)

Wiener (243) hat 11 Patienten, im Alter von 54 his zu 82 Jahren, nnter Lachgas, ohne Mortalität, mit gutem fnnktionellem Resultat operiert. Er verwirft eine Cystoskopie vor der Operation wegen der Gefahr der Infektion und vermeidet, wenn möglich, sogar die Einführung eines Katheters vor der Operation. In zwei Fällen führte er die Operation in zwei Sitzungen aus. Wiener entfernt die Drüse anf suprapnhischem Wege. Die Enukleation kann bei einiger Übung in wenigen Minuten gemacht werden. (G.)

Die Ursache der Inkontinenz nach Prostatektomie ist nach Ruggles (203) eine Schädigung des Mnscnlns sphincter externns, entweder durch Zerrung der Pars membranacea oder durch Verletzung der den Muskel versorgenden Nerven. Er rät die Harnröhre genau in der Mitte zu eröffnen und möglichst wenig an der eröffneten Pars membranacea zn zerren. (G.)

Watson (240) wiederholt die von ihm vor 17 Jahren ausgesprochene Tatsache, dass in den meisten Fällen die perineale Prostatektomie durch eine gewöhnliche perineale Urethrotomie leicht ausführhar und wegen geringerer Mortalität die Operation der Wahl ist, dass aber auch in geeigneten Fällen, aher nur in der Minderzahl der Fälle, die suprapuhische Operation indiziert ist. (G.)

Young (247a) berichtet üher 75 von ihm nach seiner Methode ausgeführte perineale Prostatektomien. Vier der Fälle waren üher 80 Jahre alt. Die vier zu verzeichnenden Todesfälle schreibt er der Operation nicht direkt zu. Die funktionellen Resultate waren gut, nur in zwei Fällen hesteht nach der Operation noch Residualharn von 300 ccm, in allen anderen Fällen heträgt derselbe, wo er vorhanden ist, nngefähr 30 ccm. Nächtliche Inkontinenz in einem Falle, ebenso Striktur der Harnröhre einmal; in zwei Fällen perineale Fistel. Die Potenz war in einer Anzahl von Fällen gestört. (G.)

Unter Beohachtung der von ihm angegehenen technischen Punkte betrachtet Ochsner (171a) die perineale Prostatektomie als eine leichte und einfache Operation, die ihm in mehr als 60 Fällen gute Resultate lieferte. (G.)

Barker (17) ist ein Gegner des „Katheterlebens“ und Anhänger der frühen Prostatektomie, ehe Blasen- oder Nierenkomplikationen auftreten. Von seinen perinealen Prostatektomien, deren Technik nnd Nachbehandlnng er ausführlich beschreibt, starb nnr ein Patient im Alter von 73 Jahren, der schon vor der Operation Symptome von Sepsis gehabt hatte. (G.)

Unter Berücksichtigung von 238 gesammelten Fällen von Prostatektomien, von denen Whiteside (242a) sechs gemacht hat, erörtert er die Frage, ob der Enthusiasmns einzelner Autoren begründet ist, vom Standpnnkt des Patienten aus, nnd zweifelt daran, ob man sich, selbst wenn man znm Katheterleben verurteilt ist, leichten Sinnes einer Operation unterziehen wird, die in 30% der Fälle znr Heilnng führt, in 7% oder mehr letal verlänft, während in 50% die Patienten nicht gebessert werden. Er warnt vor übermässigem Enthnsiasmns, der zu Täuschungen und Enttäuschnngen führt, und verlangt (mit Recht, Ref.), dass ungefälschte Berichte über Spätresultate veröffentlicht werden. (G.)

Fuller (76) beansprucht die Priorität der von ihm znerst im Jahre 1894 ansgeführten und 1895 veröffentlichten snprapubischen Prostatektomie gegenüber Freyer, der die nach ihm benannte Operation zuerst im Jahre 1901 ausführte. Fuller hat seitdem 317 Prostatektomien gemacht. Nur in einem Drittel der Fälle macht er jetzt die perineale Operation nach Goodfellow. Seine Mortalität bei besser situierten Patienten war in den letzten zwei Jahren unter 4%, bei anderen Patienten $1\frac{1}{2}$—$2\frac{1}{2}$% höher, da bei ihnen die Ernährung und Pflege nicht so gut ausfällt. Die funktionellen Resultate sind sehr gut, die Potenz, wenn sie nicht schon vorher verloren war, leidet nicht Not, wird sogar in den Fällen, wo die sexuelle Störung dnrch Druck der hypertrophischen Prostata anf die Samenblasen und dadurch verursachte atonische Ausdehnung der letzten gestört war, wiederhergestellt (? Ref.). Verletzung des Rektnms, rektovesikale oder perineale Fisteln hat der Verfasser nicht beobachtet, dagegen einmal bei einem 75jährigen Patienten Inkontinenz bei aufrechter Stellung. Die wenigen suprapnbischen Fisteln, die F. beobachtete, konnten dnrch plastische Operationen geheilt werden. (G.)

Lilienthal (141) übt nnr die hohe Prostatektomie aus nnd berichtet über seine Erfahrungen nnd Operationserfolge in 31 Fällen. Er hat einen Todesfall bei einem vor der Operation urämischen nnd aphonischen Patienten zu verzeichnen. Im übrigen waren die Resnltate, mit Ausnahme eines Falles von „Sphinkterenschwäche“ und eines Falles, in dem Residualharn bestehen blieb, ausgezeichnet. Die Potenz ging in keinem Falle verloren, war indessen geschwächt in einem vor kurzer Zeit operierten Falle. Die Vorteile der snprapuhischen Operation gegenüber der perinealen sind: die Operation ist radikal, verletzt keine wichtigen Gefässe nnd Nerven, ebensowenig die Harnröhre, jedenfalls nur selten das Rektum. Das Betasten und die Besichtigung aller Teile der Blase sind leicht und gründlich. Eine cystoskopische Untersnchung vor der Operation ist unnötig. Die Operation kann unter Lachgas ausgeführt werden. Bei heruntergekommenen, urämischen oder septischen Patienten empfiehlt Verf. die zweiteilige Operation (primäre Cystotomie und später Prostatektomie). (G.)

Das Hagnersche (95a) Instrument „Prostatometer“ soll zur Messung des Durchmessers der Prostata von vorne nach hinten dienen, um danach die Schnittlänge bei der Bottinischen Operation zu be-

stimmen. Von den mitgeteilten 20 Fällen erzielte der Verf. in 16 Fällen ein gutes Resultat, indem die Urinbeschwerden verschwanden und der Residnalharn entweder ganz beseitigt oder auf ein Minimnm reduziert wnrde. In einem Falle konnte die Funktionsstörung der Blase erst durch Prostatektomie wiederhergestellt werden. Von den nach der Operation eingetretenen drei Todesfällen soll nur einer der Operation zugeschriehen werden. (G.)

Unter Prostatismus versteht man, wie Chetwood (43) ausführt, einen Symptomenkomplex von häufigem und schmerzhaftem Urindrang mit vollständiger oder teilweiser Retention, die nicht nur im Gefolge von Prostatahypertrophie, sondern auch ohne letztere hei Kontraktionen des Blasenhalses infolge entzündlicher Induration beohachtet wird. Dieser Zustand ist zu diagnostizieren, wenn bei normaler Länge der Harnröhre und normalem Befund der Prostata, bei der Untersuchung vom Rektum aus und heim Ausschluss von Rückenmark- oder zentralen Störungen, teilweise oder komplette Retention vorliegt. Zur Behandlung dieses Zustandes empfiehlt Verf. galvanokaustische Behandlung des Blasenhalses durch eine perineale Öffnung, mit dem von ihm angegebenen Instrumente. (G.)

Der prostatische Abszess entsteht, wie Alexander (3) ansführt, durch Fortpflanzung der Infektion von der Harnröhre in die Drüsenausführungsgänge. Die häufigste Ursache ist der Gonococcus, es können indessen auch andere pathologische Bakterien den Prozess verursachen. In der aktiven modernen Frühbehandlung des Trippers sieht Alexander die häufige Entstehungsursache des Prostataabszesses. Verf. warnt vor der Eröffnung vom Rektum aus, ebenso vor der absichtlichen Eröffnung in die Harnröhre durch ein zu diesem Zweck eingeführtes Instrument. Die allgemeine übliche Eröffnung des Abszesses durch eine prärektale Inzision, Freilegung der hinteren Prostatafläche und Spaltung der Kapsel wird nicht als beste Methode betrachtet. Alexander empfiehlt vielmehr die median-perineale Inzision mit Eröffnung des membranösen Teiles der Harnröhre und Entleerung des Abszesses in die prostatische Urethra, indem der Finger der einen Hand in den After eingeführt wird, während der der anderen Hand die Schleimhaut durchhricht. (Ref. kann sich diesem Vorschlag nicht anschliessen, ausser in den Fällen, wo Fisteln, die in die Harnröhre führen, den Prostataabszess komplizieren.) (G.)

Der Prostataabszess ist meist mnltiloknlär, mit Ausnahme des gonorrhoischen, der gewöhnlich im linken Lappen lokalisiert ist. Hawkins (102a) warnt (mit Recht; Ref.) vor Eröffnung des Abszesses vom Rektum ans und befürwortet statt der Eröffnung in der Medianlinie des Dammes die Freilegung durch die Fossa ischiorectalis, weil so eine grössere äussere Öffnung angelegt werden kann, die Drainage ist und Nebenverletzungen wichtiger Teile vermieden werden. (G.)

Die Tuherkulose der Prostata ist nicht selten; in 242 gesammelten Fällen der Literatur von Tuberkulose des Urogenitalapparates war nach Crowder (55) die Prostata in 177 Fällen affiziert. Bei letzterer ist die Krankheit fast immer sekndär nnd kommt im Alter der grössten sexuellen Aktivität vor. Gonorrhoische Infektion spielt als prädisponierendes Moment eine Rolle. (G.)

Kasnistische Mitteilung eines Falles von Lues der Prostata durch Drohny (60), der durch die Behandlung geheilt wurde. (Sch.)

Pólya (179) teilt drei Fälle von Steinen der Pars prostatica urethrae mit und bespricht im Anschlnsse an dieselben Ätiologie, Pathologie und Therapie der Prostatasteine. (Ka.)

Nach Entfernung eines erbsengrossen Prostatasteines dnrch Massage trat bei dem 30jährigen Patienten Balassas (12) eine beträchtliche Abnahme der Potenz mit Azoospermie resp. Aspermatismus ein. Ob letztere durch die im zarten Alter gepflogene Masturbation oder die durch die Konkrementbildung hervorgerufenen Gewebsveränderungen (Obliteration, Atrophie) verursacht war, liess sich nicht feststellen. (Ka.)

Riedl (192a) beschreibt zehn Fälle von bösartigen Neubildungen der Vorsteherdrüse, die während der letzten zehn Jahre im pathologischen Institute der Universität München untersucht werden konnten. Es waren darunter sieben Karzinome und drei Sarkome. Angesichts einer so geringen Zahl in einem stark beschäftigten Sektionshanse kann Verf. gewisse Zweifel nicht unterdrücken, ob auch wirklich alle klinisch als Hypertrophien angesehenen Fälle frei von Malignität sind. Eine Unterscheidung zwischen Karzinom und Sarkom dürfte sich im allgemeinen erst bei der chirurgischen oder pathologischen Autopsie machen lassen. Das Sarkom ist für den palpatorisch sehr Geübten etwas weicher, elastischer nnd glatter. Das Karzinom ist hingegen nur an einzelnen Stellen glatt, im übrigen mit sehr verschieden grossen Buckeln versehen nnd härter. Beide Geschwülste wirken mit zunehmender Grösse immer stärker anf ihre Umgebung ein. Die Urinbeschwerden steigern sich durch den mechanischen Druck allmählich bis zu völliger Retention, entsprechend denen bei einfacher Hypertrophie der Prostata. Handelt es sich hier mithin schon lediglich um gleiche Erscheinungen dreier Krankheitsformen, so werden sie für die Differentialdiagnose noch wertloser durch folgenden Umstand. Leider gibt es nämlich Karzinome und Sarkome, bei denen die Harn- und die aus demselben Grunde auftretenden Stuhlbeschwerden ansbleiben, so dass auch durch etwaige Metastasen sich nicht leicht der Verdacht auf das klinisch meist so wenig beachtete Organ lenkt. Hämaturie findet sich, im Gegensatze zu früheren Behauptuugen, nur in manchen Fällen; diagnostisch ist sie ganz belanglos. Dann ist die schon erwähnte Stuhlverhaltung noch weit beachtenswerter, zumal wenn sie bis zu gänzlichem Darmverschluss fortschreitet. Das wichtigste Krankheitszeichen für die Bösartigkeit sind, neben einer starken Druckempfindlichkeit, neuralgische Schmerzen, meist ebenfalls infolge Kompressionswirkung. Sie befallen das ganze Ischiadicnsgebiet und sind nnabhängig vom Urinlassen. Man stellt sie fest in der Blasen-, Nieren-, Lumbal- und Sakralgegend, im Rücken und der Glans penis. Bedauerlicherweise machen sie sich fast immer erst in späteren Stadien des Leidens geltend, gemäss der Art ihrer Entstehung. Einer der Riedlschen Patienten hatte zwar schon seit 20 Jahren an Ischialgie gelitten, doch verschlimmerte sich diese während seiner letzten Krankheit in verdächtiger Weise reissend schnell. Die nähere Untersuchung ergab denn auch einen umfangreichen Tumor im kleinen Becken nnd gleichzeitig eine Hydronephrose. Ausser den genannten Schmerzen kamen sogar schon Lähmungen der unteren Extremitäten zur Beobachtung. Druck auf die Venen führt schliesslich noch Ödem herbei. Als Komplikationen maligner Prostatageschwülste seien die traurigen Folgeerscheinungen einer Urininfektion und Urinretention hervorgehoben, wie sie ja an die Verlegung der Harnwege sich anschliessen müssen. So kommt es endlich neben dem allgemeinen Kräfteverfall zur Pyo- und

Hydronephrose. Die Kapsel der Vorsteherdrüse widersteht einer Grenzüberschreitung der Tumoren natürlich einige Zeit. Übrigens fand man auch schon Karzinome, die bloss einen Organlappen ergriffen hatten. Von Verwachsungen mit der Nachbarschaft ist die mit der Blase die häufigste, danach mit dem Mastdarm. In diese beiden erfolgen ferner gerne Perforationen. Die Geschwülste wölben gegebenenfalls auch den Damm vor und durchbrechen ihn. Metastasen sind über den ganzen Körper hin möglich. Besondere Erwähnung verdienen die ungemein schmerzhaften sekundären Knochenherde. Die Dauer des Leidens schwankt nach den Autoren von acht Wochen seit dem Auftreten der ersten beunruhigenden Zeichen bis zu neun Jahren. Sarkome führen schneller zum Tode, als Karzinome. Ferner ist die Bösartigkeit beider Tumoren im jugendlichen Alter die grösseste. Vielleicht sind jene manchmal bereits intrauterin angelegt. Die Exstirpation bringt selbst in den Fällen, bei denen die Organgrenze noch nicht überschritten ist, keine unbedingte Rettung; es scheint das jedoch an den bisher so wenig aussichtsvollen Methoden der Prostatachirurgie zu liegen. Jetzt dürften sich die Hoffnungen infolge der neueren, im voraufgehenden Referate besprochenen Verfahren schon wesentlich steigern lassen. Zum Schlusse seien noch folgende Punkte berührt. Beide Geschwulstarten sind meist primär. Die Zahl der Karzinome überwiegt in allen statistischen Zusammenstellungen. Diese Tumoren können bis zweifaustgross werden, die Sarkome bis kindskopfgross. Die Karzinome besitzen hauptsächlich die Form von Medullarkrebsen, während bei den Sarkomen eigentlich keine auffällig bevorzugt erscheint. An der Spitze stehen immerhin die Rundzellensarkome. Karzinome pflegen langsamer zu wachsen und dafür häufiger Drüsenmetastasen zu machen. (T.)

In seiner Studie über die Prostatasarkome bemängelt Bach (11a) die ungenauen Angaben der älteren Autoren über die von ihnen besprochenen Fälle, namentlich in histologischer Beziehung. Bach gibt die sicher diagnostizierten in tabellarischer Übersicht. Nach dieser kommen am häufigsten Rundzellensarkome vor (8 von im ganzen 24). Bereits die nächste Gruppe, nämlich die Spindelzellsarkome, br ingen e nur auf die Hälfte der ersteren, Dann folgen drei in die Zusammenstellung mit einbezogene Rhabdomyome. Nur einmal findet sich das Adenosarkom erwähnt. Von den Altersklassen ist das erste Jahrzehnt mit nicht weniger als sieben Fällen heimgesucht.

Bach macht mit einem neuen Falle von Prostatasarkom das Viertelhundert der Gesamtzahl voll. Es handelte sich um einen 34 jährigen Mann, der zunächst rheumatisch erkrankt zu sein schien; es stellten sich nämlich plötzlich bei ihm starke Gelenk- und Muskelschmerzen in allen vier Extremitäten ein. Als einige Tage nach Verordnung von Natrium salicylic. Erbrechen — namentlich abends — auftrat, durfte man zunächst dem Heilmittel die Schuld hieran beimessen. Der Patient seinerseits führte jene Erscheinung auf einen Reiz ihm Halse zurück. Er besass eine kleine einseitige Struma, die sich nun zu vergrössern begann. Die Muskelschmerzen liessen während der Zeit des Erbrechens jedesmal ganz auffallend nach. Letzteres war so gut wie immer an sich geringfügig, enthielt aber Blut und konnte nicht beeinflusst werden. Im Laufe des ersten Monats der Krankheit verfiel der Mann allmählich. Ferner machte sich eine stetig zunehmende Konstipation geltend. Als einmal eine ausgiebige künstliche Entleerung gelungen war, konnte man über der Symphyse in der Mittellinie eine apfelgrosse Geschwulst entdecken. Diese

wuchs fortan his über Mannskopfgrösse weiter, so dass sich Blasenstörungeu, allerdiugs nur vorühergehend, einstellteu. Die Untersuchung vom Mastdarm wurde erst spät vorgenommen. Eiue Probepunktion lieferte nur Blut, keiuen Eiter. So vermochte man uuu sicher eiueu Abszess auszuschliesseu, für den die pralle Elastizität des Tumors, starke Kopfschweisse, eiue fast verdoppelte Pulszahl uud ein wenn auch niedriges Fieher hätten sprechen könneu. Nicht ganz eine Woche nach der Punktion verschied der schliesslich äusserst heruntergekommene Patient an einer Herzlähmung, nach achtwöchentlichem Krankenlager. Bei der Sektion sah man die Harnhlase, den Mastdarm und die linke Samenblase ummauert von Geschwulstmassen, die das ganze Becken ausfüllten. An verschiedenen Stellen zeigten sie Erweichungsherde. Vorsteherdrüse und rechte Samenhlase waren in dem Tumor aufgegangeu. Dieser hatte jedoch auch schon auf die Harn- und die linke Samenhlase übergegriffen. Metastasen fanden sich vor allem iu der Schilddrüse, ferner der Milz und dem Mesenterium des Colon. Aus eiuem Schleimhautdefekte des Magens stammten wohl die Blutungen. Die histologische Diagnose lautete Rundzellen-, speziell Lymphosarkom. Bach erklärt die Prostata für den Ausgangspunkt, da ein Ühergreifen ihrer Tumoren auf die Samenhlase schon oft heohachtet worden ist, dagegen hisher bloss ein primäres Sarkom der letzteren.

Zum Schluss versucht Verf. ein Durchschnittshild vom Verlaufe eines Prostatasarkoms zu geheu. Das erste Krankheitszeicheu pflegt eine fortschreiteude Erschwerung und Schmerzhaftigkeit des Harnlassens zu sein, währeud zugleich Uriudrang hesteht. Die sich zu wenig beobachteudeu Kinder erkrankeu scheinhar sogleich mit eiuer völligeu Verhaltung. Gewöhnlich hald stellen sich hei dem Leideu ferner ausstrahlende Schmerzen eiu, im Verlaufe der Nervi ischiadici und des Cruralis, sowie neuralgische in den Hoden uud Samensträngen. Bach weiss andererseits uicht, oh er die in seinem Falle aufgetretenen Muskel- und Gelenkschmerzen auf toxische bezw. nervöse Einflüsse hezieheu soll oder endlich auf eine rheumatische Disposition. Von seiteu des Harnapparates finden sich noch Blutungen und der Abgang von Geschwulstteilchen, heides aus der Harnröhre, in der Literatur erwähut. Der Uriu euthält Eiweiss oder Eiter nur für den Fall einer Nierenkomplikation oder einer infektiösen Cystitis. Darmerscheinungen köuuen dauernd fehleu, doch ist eine zunehmeude Stuhlverhaltung die Regel. Auch ein vollkommeuer Darmahschluss kommt vor, durch Druck der Geschwulst. Darmerscheinuugen, aher selbst Erhrechen, sollten in diagnostisch dunklen Fällen stets zur Rektaluntersuchuug anregen. Selhstverständlich verläuft die Krankheit mit immer stärkerem Kräfteverfall. Bei jugeudlichen Persouen wird mau viel eher an Sarkom, als wie an Karzinom, deukeu. Ersteres hesitzt eine gleichmässigere Konsisteuz. Gegenüher der gewöhnlichen Art gutartiger Prostatahypertrophie erstreckt es sich meist auf das gesamte Organ. (T.)

Nebeu den eutzündlicheu Erkraukungeu der Harnorgane, die durch den Gonococcus uud andere Bakterien verursacht werden, spielen die durch exzessiven oder ahnormen geschlechtlichen Verkehr (Masturhation, Coitus iuterruptus und condomatus) hervorgerufeuen Veräuderungen entzündlich-irritativer Natur eiue wichtige Rolle. Aus dem reichen Material, das Emödi (61) zu heohachten Gelegeuheit hatte, bespricht derselhe fünf hierher gehörige Fälle, von welchen sich vier auf Reizerscheiuungen der Urethra post masturhationeu heziehen, währeud es

im fünften nach sechs Jahren infolge Coitus interruptus und condomatus zu Samenfluss und Erscheinungen irritativer Natur gekommen war. Die Behandlung solcher Fälle soll in erster Reihe eine symptomatisch-medikamentöse sein, wobei alle schädlichen Einwirkungen, denen das Urogenitalsystem ausgesetzt ist, strenge zu meiden sind. Die lokale Therapie (Instillationen, Prostatamassage, Psychrophor etc.) ist nur bei Erfolglosigkeit der internen medikamentösen Behandlung angezeigt. (Ka.)

LVII.

Therapie der Gonorrhoe.

Bearbeitet von **M. Friedländer**-Berlin, mit Beiträgen von **Kanitz**-Klausenburg (im Auftrage von **v. Marschalkó**-Klausenburg), **Krysinski**-Warschau (im Auftrage von **v. Watraszewski**-Warschau), **Müllern-Aspegren**-Stockholm und **Verrotti**-Neapel (im Auftrage von **De Amicis**-Neapel).

Literatur:

1. Almkvist, J., Das Albargin in der Behandlung der Gonorrhoe. Allg. Schwed. Ärztezeitung.
2. Derselbe, Das Gonosan in der Behandlung der Gonorrhoe. Allg. Schwed. Ärztezeitung.
3. Anselmino, O., Über Arhovin. Berichte der Deutsch. pharmazeut. Ges. S. 202.
4. Aufrecht, Novergan, ein neues Antigonorrhoicum. Pharmazeut. Zeitung. S. 307.
5. Bazzicalupo, Cura della gonorrea con il gonosan (Kawa-Santal). Gazzetta intern. di medicina.
6. Berg, A., Les grands lavages de l'urèthre avec des solutions fortes de nitrate d'argent comme traitement abortif de la blennorrhagie. Sem. méd. S. 209.
7. Bierhoff, F., Über die Abortivbehandlung der Gonorrhoe beim Manne. Dermatol. Zentralbl. S. 322.
8. Block, Felix, Zur Abortivbehandlung der Gonorrhoe nach Blaschko. Deutsche med. Wochenschr. S. 301.
9. Calderone, C., Wirkung der Silbersalze auf die Harnröhrenschleimhaut der Hunde. Vergleichende Untersuchungen. Giorn. ital. delle malattie veneree e delle pelle. S. 5.
10. Carruccio, Therapie des akuten, subakuten und chronischen Harnröhrentrippers. Ital. Ges. f. Haut- u. Geschlechtskrankheiten. Dez. Giorn. ital. delle malattie veneree e della pelle. 1906. Heft 1.
11. Cecikas, J., Beitrag zur Behandlung der Blennorrhoe. Therap. d. Gegenw. S. 525.
12. Chandler, S., Lactic acid in gonorrhea. Journ. of the Amer. med. Assoc. 7. Oktober.
13. Ceillag, J., A gonoeauról (Über Gonosan). Klinikai füzetek. Nr. 3.
14. Derselbe, Mitteilungen über Gonosan. Allgem. Wiener med. Zeitg. S. 247.
15. Finger, E., Die Prophylaxe und Abortivbehandlung der Gonorrhoe. Deutsche med. Wochenschr. S. 249.
16. Fiecher, Zur Gonorrhoe- und Syphilisbehandlung. Wien. med. Wochenschr. S. 323.
17. Franceschini, G., Elmitolo nella cura delle forme blenorragiche. Gazz. degli ospedali. Nr. 64.
18. Horowitz, Arth., Über Arhovin. Berichte der Deutsch. pharmazeut. Ges. S. 263.
19. Julinsberg, Max, Zincum sulfuricum oder Silbersalze bei der Gonorrhoebehandlung? Münch. med. Wochenschr. S. 163.

20. Kiss, J., A húgycsökankó gyógyulási idejéről (Über die Heilungsdauer des Harnröhrentrippere). Gyógyászat. Nr. 28.
21. Derselbe, A húgycsökankó belyi gyógyezereiről (Über die Wirkung der gegen Gonorrhoe angewendeten lokalen Arzneimittel). Gyógyászat. Nr. 30.
22. Kornfeld, Ferd., Beiträge zur Behandlung der gonorrhoischen Erkrankungen. Therap. d. Gegenw. S. 114.
22a. Lejenne gen. Jung, Erich, Über die Behandlung der Gonorrhoe mit Gonosan. Diss. Rostock.
23. Leszczynski, R., Przeglad nowszych srodków wewnetiznych przeciwrzezaczkowych i uwagi o ich dzialanm. Przeglad lekarski Nr. 25. S. 381. (Neuere antigonorrhoische Mittel und ihre Wirkung).
24. Derselbe, Über Gonosan. Allgem. Wiener med. Zeitg. S. 439.
25. Merzbach, G., Nachprüfung der therapeutischen Wirkungen des Gonosan. Münch. med. Wochenschr. S. 216.
26. Nerli, G., I collirii al nitrato d'argento e al solfato di zinco. Clinica oculistica, September.
27. v. Notthafft, A., A férfi kankója a gyakorló orvos praxisában. (Die Gonorrhoe des Mannes in der Praxis des Arztes.) „Urologia", Vierteljahreebeilage des Budapesti orvosi ujság. Nr. 1.
28. Piorkowski, Über Arhovin. Deutsche med. Wochenschr. S. 997.
29. Riedel, J. D., Verhaltungsmassregeln für Gonorrhoiker, zum Gebrauch für Ärzte. J. D. Riedel, Akt.-Ges. in Berlin.
30. Runge, Ernst, Erfahrungen mit Gonosan. Münch. med. Wochenschr. S. 215.
31. Saar, H., Über den Wert der Gonosan-Behandlung bei der Gonorrhoe des Mannes. Münch. med. Wochenschr. S. 2220.
32. Schiftan, Eine neue Injektions-Doppelspritze, um Adstringentien in statu nascendi auf die Schleimhaut zu bringen. Verhandl. der Berliner Dermat. Ges. 14. III.
33. Schimmel, Chemisch-physikalische Eigenschaften des ostindischen Sandelholzöles. Pharmazeut. Zeitung. S. 880.
34. Derselbe, Verfälschung von Oleum Santali. Pharmazeut. Zeitung. S. 306.
35. Scholtz, Prinzipien der Gonorrhoebehandlung. Ost- und westpreuss. Ges. f. Gynäkol. 28. I. (Diskuss.: Rosinski, Hammerschlag, Winter, Zangemeister.)
36. Sellei, J., A húgycsökankó gyógykezelése prolongálts hefecskendezésekkel. (Über die Behandlung des Harnröhrentrippers mit pronlongierten Einspritzungen.) Orvosi hetilap. Nr. 8.
37. Derselbe, Ujabb adatok a venereás betegségek kór-és gyógytanához. (Neuere Beiträge zur Pathologie und Therapie der venerischen Krankheiten.) Orvosok lapja. S. 263.
38. Derselbe, Mit Harnröhrenwaschung kombinierte Harnröhrenfüllung bei der Behandlung des Trippers. Wiener med. Wochenschr. S. 2444.
39. Siter, E. H. et Uhle, A. A., L'iodure d'argent contre l'uréthrite blennorrhagique. Sem. méd. S. 258.
40. Spitzer, Ludw., Über den praktischen Wert der Silbereiweisspräparate (Protargol, Albargin, Largin, Ichthargan) bei der Behandlung der Gonorrhoe. Halbmonatsschr. f. Haut- und Harnkrankheiten. S. 185.
41. Strauss, Artur, Eine neue Penisklemme. Münch. med. Wochenschr. S. 2125.
42. Derselbe, Eine Verbesserung an den Suspensorien. Dermatol. Zentralbl. S. 298.
43. Weisz, E., A gonosannal elért therapeutikus eredményekről. (Über die therapeutischen Resultate mit Gonosan.) Klinikai füzetek. Nr. 8.
44. Wendt, Gustav, Über Verfälschung von Sandelholzöl. Pharmazeut. Zeitung. S. 898.
45. Zadok, H., Santalkapseln. Pharmazeut. Zeitung. S. 962.
46. Novargan. Pharmazeut. Zeitung. S. 135 (und S. 101).
47. Oliophen, ein Antigonorrhoicum. Pharmazeut. Zeitung. S. 921.
48. Santyl, ein Antigonorrhoicum. Pharmazeut. Zeitung. S. 1010.
49. Zusammensetzung der Gonoryltabletten. Pharmazeut. Zeitung. S. 71.

v. Notthafft (27) fasst — ohne neues zu bringen — einige Sätze von allgemeiner Gültigkeit bezüglich der Therapie des Harnröhrentrippers zusammen. (Ka.)

Wir besitzen nach Kiss (21) noch immer kein ideales „gonokokkentötendes" Mittel, welches im Organismus die Infektionserreger mit Sicher-

heit vernichten könnte. Alle antigonorrhoischen Mittel leisten im allgemeinen nicht mehr, als das Kalium hypermanganicum, also nur eine oberflächliche Desinfektion. Dies kommt dadurch zustande, dass die Mittel alle die obersten Schichten der Epidermis verschorfen. Was in dieser dünnen Schichte enthalten ist, Epithelien ebenso wie Gonokokken und Eiterzellen, werden vernichtet. Die Tiefe der Wirkung hängt von der Konzentration der Lösung ab. Die oberflächliche Desinfektion der Schleimhaut, wenn dieselbe entsprechend oft wiederholt wird, wirkt auf den Ablauf des Prozesses ein, verkürzt die Dauer der Heilung und beugt Komplikationen vor. Die heute zumeist angewendeten Silberpräparate besitzen ebenfalls diese oberflächliche Wirkung, man täuscht sich aber, wenn man sich auf ihre gonokokkentötende und Tiefenwirkung viel einbildet. Ausserdem wirken alle reizend auf die Schleimhaut ein, was der Heilung des Prozesses entgegenwirkt. Der Autor glaubt, dass einst die Serotherapie das ideale „gonokokkentötende" Mittel bringen wird. (Ka.)

Im Gegensatze zu anderen Schulen ist Sellei (36) der Ansicht, dass es unnötig sei, mit dem Beginne der eigentlichen Lokalbehandlung bis zum Ende der zweiten Woche zu warten, im Gegenteil, man muss bestrebt sein, den Entzündungsprozess gerade innerhalb der ersten zwei Wochen zum Abschluss zu bringen oder wenigstens zu mildern. Hierzu eignet sich die von Motz empfohlene Methode der Pansements uréthraux. Als Injektionsflüssigkeit zu denselben verwendete Sellei ausser dem von Motz empfohlenen Hermophenyl (je nach Empfindlichkeit des Patienten in drei verschiedenen Lösungen 0,5—0,75—1,0 : 1000 Ag. dest., gemischt mit Protargol 0,5—1,0, Kokain 1,0 und Glyzerin 30,0) Lösungen von Argent. nitr. 0,5 : 1000, Cupr. sulf. 1,0—3,0 : 1000, Hydrarg. oxycyan. 0,5—1,0 : 1000, Protargol 1,0 : 1000, Ichthyol, Albargin 0,5—1,0 : 1000. Von all diesen Mitteln werden nach Auswaschung der Harnröhre — wozu Sellei Kalium permangan. in einer Lösung von 1 : 5000 gebraucht — 4—5 ccm mit der Guyonschen Tropfspritze in die Urethra gebracht. Durch einen Wattepfropfen wird die Harnröhre verschlossen nnd die Lösnng — je nach Empfindlichkeit des Patienten — 1 bis 3 Stunden lang in der Harnröhre gehalten. Verf. hatte 44 Fälle auf diese Weise mit vorzüglichem Erfolg behandelt. Akute Entzündungen der Pars post. etc. kontraindizieren die Behandlung. Der Arbeit ist eine tabellarische Übersicht der Fälle beigefügt. (Ka.)

Kornfeld (22) verurteilt die zu frühe und zu eingreifende Behandlung der Gonorrhöe mit starken Ätzmitteln und Instrumenten; er glaubt viele Fälle von Prostatitis hierauf zurückführen zu sollen. Im Gegensatze zum Protargol ist er ein warmer Befürworter des Argonin und insbesondere des Albargin. (F.)

Für den akuten vorderen Harnröhrentripper empfiehlt Carruccio (10) das Xeroform in folgender Injektionslösung: Xeroform 8,0, Karbol 0,1, neutrales sterilisiertes Glyzerin 10,0, H_2O sterilisiert 50,0. Mindestens sechs Minuten muss die Flüssigkeit in der Harnröhre verbleiben, alle sechs Stunden wird die Injektion wiederholt. Als Vorteile rühmt Carruccio: Die Möglichkeit einer antiphlogistischen und antiseptischen Behandlung unmittelbar bei Beginn des Trippers, die Wahrscheinlichkeit einer sehr energischen, entschiedenen Einwirkung auf den Krankheitsprozess, so dass man an eine Abortivwirkung denken könnte, endlich die Sicherheit der Abkürzung der Krankheitsdauer um mehrere Wochen bei den weniger günstigen Fällen.

Bei dem subakuten und chronischen vorderen Harnröhrentripper zieht Verf. Tachiol in Lösungen von 0,05, 0,1—0,15 % vor. Bei dem subakuten und chronischen hinteren oder vorderen und hinteren Tripper bevorzugt Carruccio Harnröhren-Blasenspülungen mit Lösungen von 0,2—0,6 ‰. Vorteile: Prompte antiseptische Einwirkung auf die Urethralwege, gute Verträglichkeit von seiten der Kranken, trotz geringerer Dosen grössere Erfolge als mit anderen Präparaten.

Auch bei der gonorrhoischen Endometritis erweist sich das Tachiol wirksam. (V.)

Leszczynski (23) beschreibt bündig die Wirkung neuer antigonorrhoischer Mittel und kommt zum Schluss, dass Santalol minderwertiger als Gonorol und Arheol ist. Gonosan ist das beste Balsamicum: Helmitol ist das beste Präparat aus der Urotropingruppe. Salol, obgleich toxisch, wirkt jedoch ganz sicher bei purulenten Katarrhen. Über Arhovin sind noch weitere Erfahrungen erforderlich. (Kr.)

Da sich zur Gonorrhoe der vorderen Harnröhre, wenn dieselbe nicht behandelt wurde, fast immer eine hintere Gonorrhoe und Prostatitis, eventuell auch eine Epididymitis gesellt, behauptet Kiss (20), dass die Komplikationen zum Bilde der typischen Gonorrhoe gehören. Es ist daher nicht richtig, dass man typische und nicht typische, nicht komplizierte und komplizierte Fälle von Gonorrhoe unterscheidet. Der Heilungstermin hängt hauptsächlich davon ab, um welche Zeit die Therapie eingeleitet wurde. Beginnt man die Behandlung am 2.—4. Tage nach der Infektion, so kann die Gonorrhoe eventuell in 4—8 Tagen geheilt werden. Auf die Heilungsdauer ist nicht das Übergreifen des Prozesses auf den hinteren Teil der Urethra, sondern das Verhalten der Prostata von massgebendem Einfluss. Fälle von gewöhnlichem, ohne Prostatitis verlaufendem Tripper heilen — sei nun bloss der vordere Teil der Urethra oder die ganze Harnröhre erkrankt — gewöhnlich in 5—10 Wochen ab. Die Prostatitis gonorrhoica schiebt den Heilungstermin schon um ein bedeutendes hinaus. Werden auch die Komplikationen einer rationellen Therapie unterzogen, so heilt der Tripper gewöhnlich im dritten Monate. (Ka.)

Das Motzsche Verfahren mit prolongierten Harnröhrenfüllungen, welches Sellei (37) in vielen Fällen erprobte, hat sich bei akutem Harnröhrentripper sehr gut bewährt. Bei chronischer Gonorrhoe war die Biersche passive Hyperämie von grossem Nutzen. (Ka.)

Finger (15) kommt in diesem klinischen Vortrage zu rein negativen Resultaten. Er verwirft die Abortivbehandlung, da sie unzuverlässig und nicht immer unschädlich ist, und er warnt vor den modernen, reklamehaft empfohlenen Prophylacticis, da dieselben nicht nur, was ihre Zuverlässigkeit anbetrifft, höchst unsicher, sondern auch geeignet sind, langwierige Urethritiden hervorzurufen. (F.)

Block (8) glaubt diese Methode empfehlen zu sollen, da er in ca. 70 % der Fälle Erfolg gehabt habe.

Es sollen nur ganz frische Fälle, möglichst am ersten oder zweiten Tage der beginnenden Symptome, wenn das Sekret noch hell ist und die Gonokokken extrazellulär liegen, behandelt werden. Die ersten drei Tage soll eine 3 %ige Lösung von Protargol mit einer 10 ccm haltenden Spritze eingespritzt und fünf Minuten in der Harnröhre belassen werden, am vierten Tage eine 4 %ige und am fünften Tage eine 6 %ige Lösung. Am sechsten Tage ist zu pausieren, wenn dann am siebenten Tage noch

Gonokokken gefunden werden, ist die Kur misslungen; ein Schaden soll hierans für die Patienten nicbt resultieren. (F.)

Zur Prophylaxe empfieblt Bierboff (7) 10—20% Protargol-Glyzerin zn instillieren. Die Abortivkur nimmt Verf., falls die Gonokokken grösstenteils extrazellulär liegen, mit $^1/_8$—$^1/_3$% Protargolspülungen, falls sie intrazellulär gefnnden werden oder das Sekret deutlich eiterig ist, mit $^1/_3$—$^1/_2$% Protargolspülungen vor. Verf. verzeichnet in 50% seiner Fälle Erfolge. (F.)

Die eine Gruppe der Silberpräparate übt, wie Calderone (9) ausführt, eine mehr oder minder tiefgehende Wirkung anf die Harnröhre aus (Argent. nitr., Argentamin, Tacbiol, Ichthargan, Aktol); im Reagenzglas zeigen diese Präparate eine grosse Affinität znm Eiweiss. Die zweite Gruppe zeigt im Reagenzglas keine Affinität zum Eiweiss und wirkt in der Urethra nur einfach epithelial (Protargol, Kollargol). Eine dritte Gruppe endlich umfasst Arzneimittel (Itrol, Albargin, Argonin), die wegen mangelnder Affinität znm Eiweiss mebr ätzend ant die Harnröhre wirken. Die Verbindnng des Silbers mit Acid. citricum, Gelatine und Kasein ist bei diesen Salzen lockerer als beim Protargol, und das Silber wird deshalb in den Geweben äusserst schnell abgespalten. (V.)

Gestützt auf grosser Erfabrung empfiehlt Almkvist (1) das Albargin: $^1/_4$—$^1/_2$% bei sebr frühzeitigen Fällen (Abortivbebandlung nach Welander); $^1/_5$—$^1/_{10}$% bei älteren Fällen; gegen Blennorrhoea neonat. Einträufelungen oder Bepinselungen für zehn Minuten jede dritte bis fünfte Stnnde von 1—2% Lösung; gegen Urethritis des Weibes und Endometritis: 2% Albarginstäbcben. (M.-A.)

Jnlinsberg (19) hält nur die Silbersalze zur Anfangsbehandlnng der Gonorrhoe geeiguet, während er das Zinc. sulfur. höchstens zur Nacbbehandlung im katarrbalischen Stadium znlassen will. (F.)

Sellei (38) empfieblt, zur rascheren Heilung der Gonorrboe täglich einmal die Harnröhre mit einer warmen Kalinmpermanganatlösung auszuspülen; hieranf sollen ca. 5 bis 6 ccm einer $^1/_{20}$% bis $^1/_5$% starken Protargollösung mittelst Tripperspritze eingespritzt nnd die Harnröbrenmündung eine bis drei Stunden lang zugebnnden werden. Bei chronischer Gonorrboe der Pars posterior wird nach voraufgegangener Spülnng die Lösnng in die Pars posterior instilliert. Nebenher sollen die Patienten selbst mit leicbten Adstringentien injizieren, strenge Diät halten nnd Ol. Santali oder Gonosan intern gebranchen. (F.)

Cecikas (11) hat eine Reihe von mit aknter Gonorrhoe bebafteten Patienten mittelst sehr beisser Spülnngen (ca. 50° C) nach voraufgegangener Kokainisiernng behandelt und äusserst günstige Resnltate erzielt. (F.)

Franceschini (17) hatte die günstigsten Resnltate mit Helmitol bei vorderem und hinterem (akntem und chronischem) Harnröhrentripper, ferner bei Urethrocystitis und Cystitis gonorrhoiscben Ursprungs. (V.)

Bazzicalnpo (5) eracbtet das Gonosan als ein sehr brauchbares Mittel znr Bebandlnng des Trippers. (V.)

In 30 Fällen von Harnröhrentripper erzielte Csillag (13) mit Gonosan sehr gute Resultate. Das Mittel wurde immer gut vertragen, Nebenwirkungen traten nicbt auf. (Ka.)

Nach den Erfahrungen von Weisz (43) ist das Gonosan berufen, im Anfangsstadium der Gonorrhoe die Wirkung der externen, topischen Behandlung zu unterstützen. Er macht letztere keinesfalls überflüssig, doch ist es allein angewendet noch immer von grösserem Nutzen, als die vom Patienten unzweckmässig ausgeführten Injektionen und forcierten Behandlungsmethoden. (Ka.)

Almkvist (2) empfiehlt lebhaft das Gonosan bei Gonorrhoe mit Reizungssymptomen, bei Prostatitis und Epididymitis. (M.-A.)

Schiftan (32) hat eine Doppelspritze mit gemeinsamem Mundstück und getrennten Abführwegen konstruiert, welche unter dem Namen „Zwillingsspritze“ von Louis & H. Löwenstein, Berlin fabriziert wird. Dieselbe hat den Zweck, adstringierende Substanzen, wie die Ricordsche Lösung, erst in der Harnröhre in statu nascendi wirken zu lassen, ferner bei der Kombination von Silberlösungen mit Anästheticis die sich leicht im Glase bildenden Gerinnsel zu vermeiden, derart, dass zuerst die anästhesierende und dann die Argentumlösung injiziert wird. (F.)

Strauss (41) hat für langdanernde Injektionen eine Penisklemme durch Franz Stamm & Co. in Ohligs anfertigen lassen, welche vermöge zweier Platten den Fingerdruck nachahmt und deshalb ohne Schädigung den Penis lange zuzudrücken vermag. (F.)

Strauss (42) lässt von der Firma Ackersberg-Barmen Suspensorien mit auswechselbaren, elastischen Schenkelriemen, um dieselben waschen zu können, herstellen. (F.)

LVIII.

Komplikationen der Gonorrhoe (mit Ausschluss der gynäkologischen und ophthalmologischen).

Bearbeitet von v. **Zeissl**-Wien, mit Beiträgen von **Churchman**-Baltimore, **Hudovernig**-Budapest, **Kanitz**-Klausenburg (im Auftrage von v. **Marschalkó**-Klausenburg), **Krysinski**-Warschau (im Auftrage von v. **Watraszewski**-Warschau), **Merk**-Innsbruck, **Selenew**-Charkow und **Verrotti**-Neapel (im Auftrage von **De Amicis**-Neapel).

Literatur:

1. Anspach, B. M., The diagnosis and treatment of acute pelvic peritonitis of gonorrhoeal origin. New York med. Journ. 25. März.
2. Audry, Ch., Gonococcie métastatique de la peau (angiodermite suppurée à gonocoques). Ann. de dermatol. et de syph. Juni. S. 544.
3. Baermann, Gustav, Die gonorrhoische Epididymitis. Hab. Schr. Breslau.

3a. Derselbe, Weiterer Beitrag zur Pathologie der gonorrhoischen Epididymitis. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis. Bd. 77. S. 54.

4. Balzer, Dermatose bulleuse et onyxis trophonévrotique au cours du rhumatisme blennorrhagique. Congr. franç. de méd. int. Liège. 25.—27. September.

5. Barker, L. F., Perichendritis probably ef gonorrhoeal erigin. Bulletin of the Johne Hopkine Hospital. Bd. XVI. S. 385.
6. Bering, Fr., Untersuchnngen über Prostatasekret, inebesondere der Corpora amyleidea. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. LXXV. H. 2, 3.
7. Bernhardt, M., Iselierte Lähmung dee rechten Nerv. musculocutaneus nach Tripper. Berliner klin. Wochenechr. S. 1097.
8. Le Bihan, Étude eur la durée du traitement de l'arthrite hlennorrhagique; priorité de l'arthrotomie. Thèse de Bordeaux.
9. Biland, J., Über einen Fall von Staphylhämie (mit Urethritis, Epididymitie u. Exanthem). Schweizer Korresp. Bl. f. prakt. Ärzte. Nr. 12.
10. Bloch, M., Fall von gonorrhoischer Myelitis. Verhandl. der Berliner Dermatol. Ges. 10. I. (mit Disknssion von Lipman-Wnlf, Heller, Wechselmann, Roeenthal) und Dermatol. Zeitschr. S. 443.
11. Boissonnae, L., Blennorrhagie et chorée. Rev. méd. de la Suisse rem. Dezember.
12. Brehmer, Karl, Über Gonokokkeneepsis der Neugeborenen. Deutsche med. Wochenschr. S. 64.
13. Buechke, Fall von Hodennekrose bei Gonorrhoe. Verhandl. der Berliner Dermatol. Ges., 14. III.
14. Dereelhe, Über Hodengangrän bei Gonerrhoe. Deutsche med. Wechenschr. S. 1503.
15. Courteie-Snffit, Infection généraliseée mortelle à gonocoques et à staphylocoques. Soc. méd. dee hôpitaux. 14. Apr.
16. Croehy, D., Genorrhoeal urethritis with unusual complications. Amer. Jonrn. of the med. Scienc. Mai.
17. Cnmeton, C. G., Chronic genorrheal prestatitis. Boeton med. end eurg. Journ. 27. April.
18. Decouseer, D., Contrihution à l'étude de la myosite blennorrhagique. Thèse de Lille und Nerd méd. 1. Angust.
19. Dedjurin, J., Sustarnyja saholeranije pri trippere. (Gelenkerkrankungen bei Tripper.) Russkij Shurnal koshnych i weneritscheskich bolesnei (Russisches Journal für Hant- nnd Geschlechtskrankheiten) Nr. 8.
20. Dereelbe, Über einen Fall von Tendoveginitis gonorrheica multiplex. Russisches Journal der Hant- und veneriechen Krankheiten. Bd. X. Juli.
21. Deurthe, Contrihution à l'étode du pied hlennorrhagique, en particulier de la talalgie. Thèse de Bordeaux.
22. Endokimow, F., Slntschai gonorroinawo rewmatiema i myschetschnowa narywa. (Ein Fell von Tripperrheumatismus und Muskelabszess.) Russkij Shurnal koshnych i weneritscheekich holesnei. (Russ. Journal für Haut- und Geschlechtskrankheiten) Nr. 4.
23. Ferrari, G., Accessi teteniformi durante nne blennorregia. Giorn. ital. delle malattie veneree e della pelle. Fasc. 5. S. 513.
24. Flügel, Über Rektalgonorrhoe hei Vulvovaginitis infantum. Berl. klin. Wochenschr. 12.
25. Folet, H., Arthrite blennorrhagique euppurée. Eche méd. du Nord. 30. April.
26. Frenenthal, H. W., Gonorrhesl arthntis. Med. News. 13. Mai.
27. Fürth, K., and Weber, F. Parkee, A case ef melignant pulmonary endarteritie after gonorrhoea, eimulsting disease of the pnlmonaryvelve; with a note on the cardiac complicatione of gonorrheee. Edinburgh med. Journ. S. 33. Jnli.
28. Fuller, E., Relation of gonerrhoeal rheumatism to seminal vesiculitis. Annals of Surgery. Bd. XLI. S. 903.
29. Dereelbe, The relation ef gonorrhoeal rhenmetiem to eeminal vesiculitis, and its cure by seminel vesiculotomy. Ann. of Surgery. Juni.
30. Galliard, Traitement de l'arthrite aiguë snppnrée d'origine blennorrhagique par les injectione intrarticulaires de sublimé. Soc. méd. des hôp. 17. mars.
31. Grixoni, G., Gonococcemia ricorrente di lnnghissima durata. Giorn. med. del R°. esercito. Juni. Nr. 6.
32. Gnyot, F., Contribntion au traitement dee arthropathies blennorrhegiques: la penctien et le lavage articulairee au enhlimé. Thèse de Peris.
33. Haelnnd, P., Undersögelser over cystitis ved gonorre. Kopenhagen.
34. Hermann, O., Gonorrhoieches Erythema nodosnm hei einem Knahen nach intravenöser Kollargolinjektion geheilt. Münch. med. Wochenechr. S. 1719.
35. Hirech, Franz, Über die Behendlung der Arthritis gonorrhoica mit Bierscher Staunng. Berliner klin. Wochenechr. S. 1245.

36. Holt, Emmet L., Gonokokkeninfektion von Kindern mit besonderer Berücksichtigung ihres Vorkommens in Spitälern und Mittel zur Verhütung derselben. New York med. Journ. März.
37. Hunter, W., A case of acute endocarditis dne to the micrococcus gonorrhoeae. Brit. med. Journ. 11. März.
38. Joeeph, M., und Polano, M. E. Cytodisgnostische Untersuchnngen gonorrhoischer Sekrete. Arch. f. Derm. n. Syph. Bd. 76. Heft 1 n. 2.
39. Jnllien, Abnorme Loknlisation der Blennorrhöe. Annal. dee malad. des organes génito-nrinaires. S. 15.
40. Kise, J., A kankóe prostata-gynladásról. (Über die gonorrhoische Entzündung der Proetata). Gyógyászat. Nr. 32.
41. Königeberger, Lea, Encephalitie acnta gyógyult esete. (Ein geheilter Fall von Encephalitie acuta.) Gyermekorvos. Nr. 4. S. 39. Beilage der Budapesti orvosi ujság. Nr. 51.
42. Krauee, Fedor, Beziehungen der Balneologie zur Chirurgie. Berliner klin. Wochenschr. S. 355, 394.
43. Knrzwelly, Demonstration eines Leistenhodens mit gonorrhoischer Epididymitis. Med. Ges. zu Leipzig. 9. V.
44. Laquenr, Aug., Zur physikalischen Behandlnng der gonorrhoischen Gelenkerkrankungen. XXVI. Vers. der Balneol. Gee. nnd Berliner klin. Wochenschr. S. 712.
45. Lemoine et Galloie, La pleurésie blennorrhagiqne. Nord. méd. 1. Mai.
46. Mazoyer, E., Lee tésonites blennorrhagiques. Thèse de Tonlouse.
47. Mendel, Felix, Die intravenöse Salizylbehandlung nnd ihre diagnostische Bedeutung. Münch. med. Wochenschr. S. 165.
48. Migliorini, G., Beobachtungen über die Behnndlung des Prostataabszesses bei Tripper. Giorn. ital. delle malettie veneree e della pelle. Heft. 6. S. 633.
49. Derselbe, Ricerche intorno alle resistenze osmotiche de globnli rossi ne' blenorragici. Rivista medica di ecienze mediche. Heft 11 n. 12.
50. Monié, Cowpérite blenuorrhagiqne, opération, guérison. Limousin méd. Oktober.
51. Oberländer, Die chronische Behandlnng der Gonorrhoe und ihre Komplikationen. Leipzig.
52. Oppenheim, M. n. Löw, O., Klinieche nnd experimentelle Stndien zur Pathogeneso der gonorrhoischen Epididymitis. Virch. Arch. Bd. 187.
53. Orlipski, Ein Beitrag zur Frage: „Gibt es gonorrhoische Exantheme?“ Therap. Monnteh. S. 458.
54. Petere, Exzision eines Abszessee der Bartholinschen Drüse unter Schleichecher Lokalanästhesie nnd Adrenalinanwendnng. Gynäkol. Ges. zu Dresden. 21. IV.
55. Picker, R., Végbélkankó férfinál mint a húgycsökankó szövődményének kövotkezménye. (Ein Fall von Rektalblennorrboe beim Menne, im Gefolge eines komplizierten Harnröhrontrippers) Orvoei hetilap. Nr. 50, 51.
56. Price, J., Surgical intervention in casee of general peritonitis from typhoid fever and acute gonococcus infection. Proceed. of the Philedelphia Connty med. Soc. April.
57. Prochaeka, A., Bakteriologische Untersuchnngen bei gonorrhoischen Allgemeininfektionen. Arch. f. klin. Medizin. Bd. 83.
58. Queyret, Trsitement de l'arthropatbie blennorrhagiqne dn genon. Soc. méd. des hôpitanx. 14. April.
59. Roth, Viktor, Zur Kasnistik dee „hyperkeratotischen“ gonorrhoischen Exantheme. Münch. med. Wochenschr. S. 1041.
60. Schneter, Bemerkungen über gonorrhoische Arthritis. Monatsschr. für Harnkr. u. sex. Hyg. H. 1.
61. Schwez, J., Slutochai gonokokkowod flegmony i metastasy. (Ein Fall von metastntischer Gonokokkenphlegmone.) Wratschelnaja Gazeta (Ärzte-Zeitung) 50, 51.
62. Sowineky, Z. W., Fall von Urethritis, welche durch Affektion mehrerer Gelenke nnd durch Lymphnngitis mit Eiterung kompliziert war. Rnssisches Journal der Haut- und venerischen Krankheiten. T. IX. April, Mai.
63. Dorselbe, Przypndek szezgerki, powiktanej wielovakiem zajeciem stacoów i rzeracekowein zapalmiem naerynia ohtonnego z zejvéiem so vopienie. (Ein Fall von Gonorrhoe, kompliziert mit Polyarthritis und Abszessbildung eines Lymphgefässes). Przeglad lek. 22. S. 315. 37. S. 594.
64. v. Stnbel, Über abszedierende gonorrhoische Epididymitis nnd deren Pathogenese u. Ätiologie. Dissert. Berlin. April.
65. Sturgis, F. R., Rectal abscess containing gonococci without any accompanying gonorrhea. Med. Record. Vol. 67. S. 695.

66. Thayer, W. S., On gonorrhoeal septicemia and endocarditis. Amer. Journ. of the med. Scienc. Bd. 130. November. S. 751 und Transact. of the Assoc. of American Physicians. Vol. 20. S. 391. (Assoc. of Americ. Physic. 16. V.).
67. von Tiling, J., The treatment of gonorrheal arthritis by hyperemia. Journ. the Amer. med. Assoc. 29. April.
68. Truffi, Modificazioni della ghiandola mammaria moschile nel decorso di affezioni blenorragiche. Società it. di dermat. e sifilogr. Dicembre. Vedi Giorn. it. delle m. veneree e della pelle. 1906. Fasc. 1.
69. Voss, Thrombophlebitis gonorrhoica. Dermatol. Zeitschr. S. 83.
70. Widal, Endocardite blennorrhagique, avec constatation du gonocoque dans le sang pendant la vie et sur la végétation valvulaire après la mort. Soc. méd. des hôp. 30. Juni. (Disk.: Hirtz).
71. Windmüller, Vereiterter dorsaler Lymphstrang an einem gonorrhoisch erkrankten Penis. Breslauer Dermat. Verein. 6. VI.
72. Wyron, W., General gonococcal infection. Lancet. 11. Febr.

Zu den „blennorrhagies aberrantes" rechnet Jullien (39) die präurethralen Blennorrhoen, ferner die ano-rektale Blennorrhoe, die blennorrhoische Erkrankung der Mundhöhle und der Nasenschleimhaut. Bezüglich letzterer hat De Stella neuerdings in zahlreichen Fällen Gonokokken im Nasensekret von an Coryza leidenden Säuglingen nachweisen können. Die Behandlung der letzten Erkrankung, die, im allgemeinen gutartig verlaufend, manchmal aber auch zu Pyämie, Arthritiden usw. führen kann, besteht in Spülungen mit 2—3%iger Protargollösung; nach jeder Spülung wird Borsäure-Mentholsalbe auf die Nasenschleimhaut appliziert oder Pulver, bestehend aus Arg. nitr. 0,15, Talc. vent. 10 eingeblasen. (v. Z.)

Wyron (72) berichtet ausführlich über drei Fälle gonorrhoischer Allgemeinerkrankung, die wahrscheinlich von den Samenbläschen oder von einem Prostataabszess ausgingen. Im ersten Fall fand sich eine Entzündung der Mitralklappen, subkutane Abszesse in der Beinmuskulatur und eine Kniegelenksentzündung. Alle befallenen Herde zeigten Gonokokken, kulturell und im Ausstrich, bei den Mitralklappen nur im Ausstrich. Im zweiten Falle zeigte nur der Eiter von den Samenblasen und Beckenabszessen kulturell Gonokokken; daneben Bacillus coli und Staphylokokken. Im dritten Falle fanden sich Gonokokken ausser in der Prostata und den Samenblasen auch in den mit miliaren Abszessen bedeckten Lungen. (v. Z.)

Es handelt sich um sechs Fälle Prochaskas (57), in denen es zu durch den Gonococcus bedingten Folgeerkrankungen kam und zwar: Erythema nodosum, drei Fälle von Polyarthritis gonorrhoica, davon einer mit Endocarditis gonorrhoica, eine Meningitis und eine Pleuritis. (v. Z.)

Aus dem Säuglingsheim zu Solingen-Haan berichtet Brehmer (12) über einen Fall von Gonokokkensepsis eines acht Tage alten, bei der Geburt durch die mit Gonorrhoe behaftete Mutter infizierten Kindes. Auf die zunächst erworbene Augengonorrhoe folgten gonorrhoische Gelenkentzündungen an Armen und Beinen, welchen das Kind unter zunehmendem Kräfteverfall erlag. Der Eiter aus den Gelenken zeigte im Ausstrichpräparate zahlreiche Gonokokken. (v. Z.)

Bei einem Kranken, der seit zwei Jahren Fieber, zuerst von intermittierendem Typus, dann von rekurrierendem Typus mit Schüttelfrösten zeigte, wurde 20 Monate nach dem Beginn der Krankheit kulturell der Gonococcus im Blute durch Grixoni (31) nachgewiesen. Zwei Jahre vorher hatte Patient an Harnröhrentripper mit Nebenhodenentzündung gelitten, war jedoch davon vollkommen geheilt, so dass der Gonococcus in

der Harnröhrenschleimhant nnd im Urin nicht mehr nachweisbar war. Der Schüttelfrost und das Fieher erschien, als der Kranke, der an hartnäckiger hahitneller Verstopfnng litt, viele Tage lang seinen Darm mit Abführmitteln und Klistieren malträtiert hatte, so dass der Verdacht anftauchen könnte, dass der Gonococcus, der in keinem Organ mehr offenkundig lokalisiert war, erst dann in den Kreislauf zu gelangen vermochte, als die Schntzkräfte des Organismns von den sich im Magendarmkanal hildenden Giftstoffen unterdrückt waren. Der Nachweis des Gonococcus im Blntkreislauf war nnr während des Fiehers oder bald nach Aufhören desselhen möglich, während er in den fieberfreien Perioden nicht gelang. Sein vermntlicher Sitz war die Blase, wo eine chronische Entzündung hestand; die direkt gegen diese Affektion gerichtete Behandlnng vermochte auch die Intensität nnd die Daner des Fiebers herahzusetzen, his dasselhe ganz verschwand, als die Blase wieder sich im normalen Zustande hefand. (V.)

Migliorini (49) hat alle drei Widerstandsarten der roten Blutkörperchen hei verschiedenen Fällen mit den mannigfachsten Komplikationen genau stndiert und sie vom Beginn his zum Schluss des Prozesses verfolgt. Er hediente sich der Methode von Viola. Das Ergehnis ist folgendes: In einigen Fällen fand sich keine Vermehrung von R. R. In anderen geringe und verschiedene Steigerungen, bei manchen endlich geringe Verminderungen von $R_2 + R_3$ oder von allen beiden. (V.)

Allgemein anerkannt ist zurzeit die vergleichsweise Häufigkeit von gonorrhoischer Septikämie nnd Endokarditis. Die Arbeit von Gnrvich hat dargelegt, dass Gonorrhoe milde Formen von Herzklappenerkrankung im Gefolge hahen kann; aher die schweren Fälle von hösartiger Endokarditis sind klinisch am interessantesten. Entwickelung von Symptomen, die anf Septikämie mit tödlichem Ausgange hinweisen — eine Folgeerscheinnng von Gonorrhoe — ohne dass während des Lehens irgend Anzeichen einer zentralen Komplikation sich gezeigt hätten, kommt nicht selten vor. Bei der Mehrzahl dieser Fälle erweist die Sektion einen Prozess ausserhalh der Urethra. Die Erfahrung lehrt, dass eine akute Urethritis keineswegs selten Endokarditis im Gefolge hat, von entweder spezifisch gonorrhoealer Art oder infolge von sekundären oder gemischten Infektionen, die in die Urethra Eingang gefunden haben oder die sich später auf den gleich im Anfang infizierten Klappen festgesetzt hahen. Thayer (66) herichtet üher drei Fälle. Diese zeigen, dass das geringe anhaltende Fieher, das oft in Verhindung mit Gonorrhoe ohne offenhare Komplikationen heohachtet wird, in einigen Fällen wenigstens auf echte gonorrhoeale Septikämie zurückzuführen ist; weiter, dass echte gonorrhoeale Septikämie im Falle, wo offenhar keine lokale Komplikationen vorliegen, ähnlich verlaufen kann, wie typhöses Fieber; schliesslich, dass in zweifelhaften Fällen von Fieher hei Gonorrhoe die Möglichkeit gonorrhoealer Septikämie immer erwogen werden sollte.

Sechs Fälle von verschwärender Endokarditis werden weiterhin mitgeteilt. (Ch.)

In Sowinskis Falle (62) entwickelte sich znerst Lymphangoitis und ein Abszess am Dorsum penis, darauf Gelenkaffektion der linken nnd rechten Hand und der linken Gelenkverhindung der Fnsssohle. Im Eiter des Ahszesses wurden Gonokokken gefunden. (S.)

Sowinski weist auch in einem zweiten Aufsatze (63) anf die Seltenheit solcher Fälle hin, insbesondere was die Komplikationen von seiten der Haut anbetrifft: die Abszessbildung am Dorsum penis stellt einen Bubonulus dar. (Kr.)

Dedjnrin (19) teilt neun Fälle von gonorrhoischer Entzündung der Gelenke mit; in vier Fällen entwickelte sich die Gelenkentzündung während der ersten drei Wochen, dreimal in der vierten, einmal in der fünften Woche und einmal 2½ Monate nach der Infektion. Das Kniegelenk war bei sieben Kranken zwölfmal, das Fussgelenk hei sechs Kranken elfmal, die Phalangealgelenke hei vier Kranken fünfmal ergriffen. Weiters erkrankten andere Gelenke der Extremitäten und der Brust. In zwei Fällen wnrde Ischias nnd in einem Erythem beobachtet. Bei einem Kranken war vollständige Ankylosis und bei dem anderen unvollständige entstanden. Mikroskopisch wurden nur in einem Falle von sechs Fällen Gonokokken nachgewiesen. (S.)

Hirsch (35) erblickt auf Grund der von ihm behandelten Fälle in der Bierschen Stauung bei Arthritis gonorrhoica eine einfache nnd bequeme Methode mit dem besonderen Vorzng des häufig prompten Schwindens der Schmerzen; eine Abkürzung der Behandlungszeit konnte Autor jedoch nicht feststellen. (v. Z.)

Beim Eintritt in die Behandlung Barkers (5) litt ein Patient an akuter gonorrhoischer Urethritis mit Arthritis an Schulter nnd Knie, der Metakarpophalangeal-Gelenke der Hand nnd der Metatarsophalangeal-Gelenke des Fusses. Es bestanden Schmerzen und Schwierigkeit beim Schlucken, aber die Kehlkopfuntersuchung ergab negatives Resultat. Befühlnng des Larynx zeigte Empfindlichkeit und leichte Schwellung am oheren Rande der rechten Lamina des Schildknorpels. Ehenso war der Ringknorpel weich, und der Patient klagte, sobald ein Druck anf die Trachealknorpel ausgeübt wurde. (Ch.)

Bei einem 20jährigen Bauern aus Dedjurins (20) Praxis mit 14tägigem Tripper erschienen Anschwellungen und Schmerzen an den rechten Muskeln und Bändern (M. quadriceps, gracilis, sartorius rechts, M. quadriceps links; M. extensor digitor. comm. longi et M. extensor. hallucis, triceps; biceps rechts; M. deltoides links). Temperatur 38,2° C. Die Schmerzen verschwanden nach siehen Tagen. Behandlung: grosse Dosen von Natrium salicylicum, 10% Ichthyol und warme Umschläge von aussen. (S.)

Eudokimow (22) heschreibt einen Fall aus der Klinik von Professor Selenew. Patient, 29 Jahre alt, hatte Gonorrhoe, Schwellung und Schmerzen an heiden Fussgelenken und heiden Kniegelenken (zuerst am linken, dann am rechten), Temperaturerhöhung, Schwellung und Fluktuation am Wadenmuskel des linken Beines (Abszess). Gonokokken im Blute. Kulturen sind schlecht ausgefallen. (S.)

Mitteilnng einer Krankengeschichte durch Audry (2): 19jähriger Mann, der vier Tage nach Beginn akuter Gonorrhoe Schmerzen im rechten Sternoklavikulargelenke bekommt. Nach lokaler Anwendung einer Salbe Aufnahme auf die Klinik mit folgendem Befunde: Sternoklavikulargelenkentzündung, Entzündung der Halswirbelgelenke (5.—8.), starker Schmerz im zweiten Gelenke der rechten kleinen Zehe und ein generalisierter scharlachähnlicher Ausschlag, vor allem an der Brust nnd plötzlich ausgebreitet nach einem Bade. Daneben starker Ausfluss aus

der Harnröbre. Innere Organe gesund. Keine Temperatnrerhöhung. Im Verlaufe bildet sich um die Zebe eine Eiterung. Im Eiter werden Gonokokken nachgewiesen. Beschreihung des mikroskopischen Aussehens eines exzidierten erythematösen Hautstückes. (M.)

Bei drei Kranken mit akutem Harnröhrentripper konnte Truffi (68) beohachten, dass mit der Aushreitung des Tripperprozesses auf die hintere Harnröhre eine Schwellung der Brustdrüse auftrat. In einem der Fälle vergrösserten sich auch die Montgomeryschen Drüsen und sonderten eine dem Kolostrum ähnlicbe Flüssigkeit ab. Verf. vergleicht das von ihm beohachtete Phänomen mit dem physiologisch normalen Verhalten der Neugehorenen resp. der in der Pubertät Stehenden, und stellt die Hypothese auf, dass Beziehungen zwiscben dem Harnröbrenprozess und den Drüsenveränderungen bestehen, analog den Veränderungen, wie sie von den Gynäkologen beschrieben worden sind, die zuweilen bei Frauen eine Sekretionsperiode der Drüse im Anschluss an Uterus- oder Adnexaffektionen (Fibrome, entzündlicbe Prozesse) beobachtet haben. Der Tripper würde hier nur als ein Reiz der Urogenitalsphäre in Betracht kommen. (V.)

Unter 56 seit dem Jahre 1896 auf der Ahteilung Herxheimers hehandelten Fällen von Vulvovaginitis gonorrh. infantum fand Flügel (24) elfmal (d. i. in 20%) Gonorrhöe des Rektums. Die Infektion führt Autor auf das durch die Vagina direkt auf das Rektum fliessende Sekret zurück. (v. Z.)

Beim Manne kommt der Mastdarmtripper — ahgesehen von widernatürlichem Beischlaf — durch Durchhruch gonorrhoischer Ahszesse in den Mastdarm zustande. In dem von Picker (55) heschriebenen Falle handelte es sich um einen 21 jährigen Mann mit heftigem Harnröhrentripper, mit Cystitis, Prostatitis und doppelseitiger Spermatocystitis kompliziert. Er wurde massiert und lokal hehandelt, dennoch hrach der in der Samenhlase angehäufte Eiter nach dem Rektum durch und erzeugte einen Mastdarmtripper. Die Fistel hlieb — da die Eiterung anhielt – als solcbe konstant hesteben. Die Heilung erfolgte ohne lokale Behandlung (Spülungen mit Antisepticis) des Rektums dnrch Kauterisation der Fistel, reichliches Purgieren und ausgiebige Massage. Der Fall liefert den Beweis, dass der gonorrhoische Prozess nach dem Aufhören des kausalen Momentes (hier die das infektiöse Material liefernde Samenblasenfistel) in seinem Organe selbst erlischt, in welchem er sonst mit Vorliebe chronisch wird. — Picker hält es für wahrscheinlich, dass die Rektalhlennorrhoe häufig übersehen wird, da die Symptome einer Prostatitis, Cowperitis, Spermatocystitis die Symptome der Rektalhlennorrhoe decken. Nach den anatomischen Verhältnissen kann die Infektion durch eiterige Spermatocystitis und Cowperitis eher gescbeben als durch Prostatitis, da die Prostataahszesse sicb leichter nach der Harnröhre entleeren. (Ka.)

Die gonorrhoiscben Erkrankungen der Prostata sind nach Kiss (40) vom praktischen Standpunkte aus in zwei Gruppen zu teilen. In die erste Gruppe gehören die unter heftigen Symptomen akut verlaufenden Entzündnngen, in die zweite Gruppe Entzündungen mit schleichendem Verlauf, welcbe sehr langsam beilen und das lange Bestehen des Harnröhrentrippers verursacben. Eine früh eingeleitete und vorsichtig durchgeführte Behandlung kann das Übergreifen des blennorrhoischen Prozesses auf die hintere Harnröhre verhindern; ist dies aher erfolgt, so kommt es zu einer Infektion der Prostata. Zur Feststellnng der Dia-

gnose benötigt man des Mikroskops. Die sicherste und erfolgreichste Art der Bebandlung ist die Massage der Prostata und Injektionen in die Harnröhre. (Ka.)

Wenn die vergrösserte Prostata sich teigig anfühlt oder eindrückbar erscheint (Suppurationsstadium), so lässt man nach Migliorini (48) den Kranken erst eine Portion Urin ablassen, bringt ihn dann in Knieellenbogenlage, übt vom Rektum aus einen ganz zarten Druck auf den Erweicbungsherd und die benachbarten Partien aus und lässt dann endlicb den Urinrest entleeren. Tritt kein Eiter zutage, so darf man den Druck auf die Prostata nicht weiter steigern.

In 28 Fällen hat Migliorini sehr günstige Resultate davon gesehen, ohne weitere Prostatakomplikationen als die Tripperinfektion selbst, unter Vermeidung der Inzision des Abszesses. (V.)

Bei der klinischen Beobachtung des Entstehens einer gonorrhoischen Epididymitis erscheinen Oppenheim und Löw (52) als ursächliche Momente neben brüsken Bewegungen mechanische oder event. anch chemische Irritationen der hinteren Harnröhre, sowie Samenentleerungen. Der Entzündungsprozess überspringt in einer grossen Zahl der Fälle das Vas deferens und lokalisiert sich fast durchwegs zuerst in der Cauda epididymidis. Von da aus ergreift er erst den Samenleiter und den übrigen Nebenhoden. Die Scbnelligkeit des Auftretens des Prozesses kann nicht durch rasenförmiges Fortschreiten im Lumen des Vas deferens erklärt werden; gegen lymphogene Propagation sprechen die histologischen Befunde Nobls, Selleis und Simonds, sowie Experimente von Baumgarten. Diese Eigentümlichkeiten erklären sich völlig aus der antiperistaltischen Bewegung des Vas deferens. Es ist nämlich den Autoren gelungen, durch Reizung des Nerv. hypogastr. und des Caput gallinaginis eine Kontraktion des Vas deferens in der Richtung von der Urethra nach dem Hoden hin zu erzeugen. Nach Durchschneidung des Nerv. hypogastr. gelang dieser Versuch nicht. In der Praxis ist es daher kontraindiziert, bei akuter Urethritis posterior instrumentelle Eingriffe zu machen; bei Urethritis subacuta oder cbronica sind bei gonokokkenführenden Urethritiden reizende Injektionen zu unterlassen. (v. Z.)

In einer „Über Hodengangrän bei Gonorrboe“ betitelten Arbeit beschreibt Buschke (13) unter Hinweis auf einschlägige Fälle in der Literatur einen Fall, in welchem es bei einem sonst gesunden nnd kräftigen Manne zu einer Hodennekrose mit Abszessbildung kam, die zu einer totalen Zerstörung eines Testikels führte, im Anschlusse an eine akute, nicht besonders bösartige Gonorrhöe und eine Nebenhodenentzündung, welch letztere einen gutartigen Verlauf nahm. Die Affektion entwickelte sich ganz allmählich, obne Allgemeinerscbeinungen nnd auch lokal mit nur geringen subjektiven und objektiven Symptomen. Bakterieller Befund: coliähnliche Bakterien. Pathogenetisch dürfte es sich in solchen Fällen um eine sekundäre Komplikation handeln, denn Gonokokken sind bisher mit Sicherkeit in diesen Herden nicht nachgewiesen worden. Eine definitive Erklärung der Genese steht noch aus. (v. Z.)

Da Hysterie und Epilepsie in dem Falle von Ferrari (23) nicht vorzuliegen schienen, so wurden die tetaniformen Anfälle mit dem bestehenden Tripper in Verbindung gebracht. Sieben Anfälle wurden beobachtet, nach der Heilung des Trippers verschwanden dieselben. (V.)

Bloch (10) berichtet über einen 23jährigen seit vier Wochen an Blennorrhoe leidenden Mann, bei dem, begleitet von heftigen gürtelförmigen Schmerzen im Leibe und in den Seiten vollständige Harnretention auftrat, die weiter keine Beschwerden verursachte; gleichzeitig stellte sich Inkontinenz ein und zwei Tage später eine spastische Parese des linken Beines mit erheblicher Steigerung der Reflexe und unbedentenden Sensibilitätsstörungen. Erektionen blieben mit Beginn der Blasenstörungen gänzlich aus. Es handelte sich wohl nm einen auf die linke Seite des unteren Dorsalmarkes beschränkten kleinen myelitischen Herd bleunorrhoischen Ursprnngs. Ob diese Myelitis blennorrhoica eine durch Mischinfektion mit Eitererregern bedingte Affektion war, kann Bloch ebensowenig wie andere Autoren, die analoge Fälle beobachtet haben, entscheiden. Der Verlauf der Affektion war ein günstiger. (v. Z.)

Lea Königsberger (41) teilt einen geheilten Fall von akuter Encephalitis bei einem Kinde mit, bei welchem als einziger ätiologischer Faktor eine gonorrhoische Intektion nachweisbar war. (H.)

LIX.

Gonorrhoe des Auges und Grenzgebiete zwischen Ophthalmologie und Dermatologie.

Bearbeitet von Stock-Freiburg i. B. (im Auftrage von **Axenfeld**-Freiburg), mit Beiträgen von **Ostwalt**-Paris, **De Vries**-Amsterdam und **Wicherkiewicz**-Krakau.

Literatur:

1. Alexander, Über Vakzineinfektion des Anges. Ärztl. Verein in Nürnberg. 17. VIII.
2. Bargeton, J., Un cas de botryomycose de la cornée (Ein Fall von Botryomykose der Hornhant). Thèse de Lyon s. Annales d'oculistiqne. S. 316.
3. Beigel, Przyczynek do otiologii pryszczykowych zapalen oka (Beitrag zur Ätiologie der phlyktänulären Augenentzündungen). Postep Okulistyczny. Nr. 6.
4. Bentami, Traitement du trichiasis de la paupière supérieure par la margino-plastie. Thèse de Montpellier.
5. Berger, E. et Loewy, R., Les troubles oculaires d'origine génitale chez la femme. Paris, F. Alcan.
6. Cosmettatos, G. E., Papillome de la conjonctive bulbaire ayant envahi la cornée. Ann. d'oculist. Januar.
7. Czermak, Fall von Pemphigus vegetans der Kornea. Verein deutscher Ärzte in Prag. 17. II.
8. Derselbe, Pemphigue conjunctivae (Demonetration eines Falles). Verein deutscher Ärzte in Prag. 17. II.
9. Danès, De l'exploration des paupières et des parties antéro-externes de l'oeil. Nord. méd. 15. März.
9a. Darier, Ophthalmie blennorrhagique grave de l'adulte, jugulée en 4 jours. La clinique ophth. Nr. 21.

10. Demets, Une médication intempestive. — Le collargol dans le traitement de la conjonctivite des nouveau-nés (Über die Gefahren der bisherigen und über die Vorzüge der Kollargolbehandlung der Ophthalmia neonatorum). Bull. et mém. de la Soc. franç. d'ophthalmol. Vol. XXII. S. 178.
11. Deutsch, Fall von Xanthema palpebrarum. Verhandl. der Wiener Dermatol. Ges. 29. III.
12. Döhler, Verlust des Auges durch Vaccine-Infektion der Kornea. Schles. Ges. f. vaterländ. Kultur in Breslau. 10. II.
12a. Eherth, Friedrich, Über Blennorrhoea neonatorum. Diss. Bonn.
13. Elschnig, Über die Bakteriologie der Neugeborenenblennorrhoe. Ophthalmol. Ges. in Wien. 25. X. (Diskuss.: Wintersteiner).
14. Felix, C. H., Amaurose na Uterusbloeding (Amaurosis nach Uterusblutung). Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indië. XLV. S. 84.
15. Fleischer, Zwei Fälle von ausgesprochener Konjunktivaltuberkulose und über Mikuliczsche Erkrankung. Württemb. augenärztl. Vers. 28. V. (Diskuss.: Kayser).
16. Galezewski, Xavier, Des iridochorioidites gonococciques. Recueil d'ophthalmol. Juni. S. 321.
17. Galezowski, Irido-Chorioiditis gonococcica. Allgem. Wiener med. Zeitung. S. 182, 195.
18. Gilbert, W., Zur Prognose und Therapie der Konjunktivaltuberkulose. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 43. Jahrg. Bd. 2. S. 22.
19. Goldzieher, Fall von Blennorrhoea conjunctivae, bei dem sich am zweiten Auge nach einigen Tagen ein dem Trachem ähnliches Bild entwickelte. Ges. der Spitalärzte, Budapest 8. März.
20. Greeff, Lidkarzinom durch Röntgenstrahlen geheilt. Ges. der Charité-Ärzte in Berlin. 2. II.
21. Derselbe, Über Metastasen im Auge bei Gonorrhoe. Charité-Annalen. S. 620 u. Med. Klinik. S. 949.
22. Guttmann, Heilung eines Kindes mit primärer Konjunktivaltuberkulose durch Heissluftbehandlung. Berl. med. Ges. 11. I.
22a. Heydemann, Johannes, Die Variationen des Herpes corneae nach den Beobachtungen der Rostocker Augenklinik vom 1. Oktober 1901 bis 1. Oktober 1904, nebst Mitteilung eines durch Facialis-, Abducens- und Cherdaparese komplizierten Falles von Herpes zoster ophthalmicus. Diss. Rostock.
23. Hirsch, L., 2 Patientinnen mit Tuberkulose am Augenlide. Berliner med. Ges. 29. XI.
24. v. Hymmen, H., Zur Onkologie der Conjunctiva palpebralis. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 43. Jahrgg. Bd. 1. S. 512.
25. Iechreyt, Über Augenveränderungen bei Xeroderma pigmentosum. St. Petersb. med. Wochenschr. Nr. 43.
26. Justus, Epitheliome der Lider, mit Radium behandelt. 1. Vers. der Augenärzte Ungarns.
27. Königstein, Untersuchungen über die Ätiologie der Neugeborenen Blennorrhoe. Ophthalmol. Ges. in Wien. 25. X. (Diskuss.: Zimmermann, Müller, Königstein, Sachs, Klein, Wintersteiner, Topolansky).
28. Körber, Fall von Pemphigus vulgaris oculorum. Berliner ophthalmol. Ges. 16. XI.
28a. Kuntz, Ernst, Über Keratitis superficialis als Folgekrankheit von Acne rosacea. Diss. Greifswald.
29. de Lapersonne, F., Existe-t-il une iritis blennorrhagique? Arch. d'ophthalmol. März. S. 137.
30. Meller, J., Über die Keratitie punctata leprosa. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 43. Jahrgg. Bd. 1. S. 66.
31. Mellinghoff, R., Über einen Fall von Vaccineconjunctivitis und die Prophylaxe der Impferkrankungen des Auges. Verein der Ärzte Düsseldorfs. 19. VI.
32. Mohr, Fall von Rhabotomyoma orbitae, im oberen Augenlide sitzend. Jahresvers. d. ungar. Okulisten. 11. VI.
33. Oppenheimer, Molluscum contagiosum. Ophthalmology. S. 427.
34. Derselbe, Varicelle der Hornhaut. Deutsche med. Wochenschr. S. 833.
35. Paul, Metastatisch-gonorrhoische Augenaffektion (Diskuss.: Groenouw, Landmann). Schles. Ges. f. vaterländ. Kultur in Breslau. 10. II.
36. Panse, G., Ein Fall von Adenom der Meibomschen Drüsen. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 43. Jahrgg. Bd. 1. S. 88.
36a. Pes, Akute bilaterale Entzündung der Tränendrüsen bei Blennorrhagie der Urethra. Arch. f. Augenheilkunde. LI. S. 144.

37. Phillips, William Linton, A new prophylaxis and cure for gonorrheal ophthalmia. Buffalo med. journ. Vol. 44. S. 712.
38. Raehlmann, E., Über amyloide Degeneration der Lider und Konjunktiva des Augea. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 43. Jahrg. Bd. 2. S. 435.
39. Richter, Maximilian, Ein Furunkel der Caruncula lacrymalis. Beitr. z. Augenheilkde. H. 63. S. 36.
40. Rothholz, Die Behandlang der sogen. skrofulösen Augenentzündungen. Therap. Monatsh. S. 402.
41. Ruhert, Veränderungen des Augenhintergrundes bei Lepra. Mitteilungen a. d. Augenklinik in Jurjew. H. 2.
41a. Rückel, Wilhelm, Über das Lymphom resp. Lymphadenom der Lider and der Orbita. Diss. Giessen.
41b. Rühlmann, Ernst, Über die Ursachen der Erblindnng. Diss. Halle
42. Sachsalber, A., L'épilation des bords palpébraux contre le pinguécala et le ptérygion. Som. méd. S. 115.
43. Schoffels, Demonstration eines Falles von Vaccinola des Lidrandes. 15 Vers. rheinisch-westfäl. Augenärzte. (Diskuss.: Mollinghoff.)
44. Schmidt-Rimplor, Vaccineinfektion an einem Ange. Verein der Ärzte in Halle a. S. 7. VI.
45. Schwitzer, Melanosarcoma conjunctivae. I. Vors. der Augenärzte Ungarns.
46. Szily, A., Fall von Haarbildnng in den Meibomschen Drüsen. Jahresvers. d. ungar. Okulisten. 11. VI.
47. Derselbe, Haarbildung in den Meibomschen Drüsen. I. Vers. der Augenärzte Ungarns.
48. Szulisawski, O ostrym alnzoropotoku spojówek i ochronie oczu noworodków. Przeglad hygieniczny Rocznik IV. (Hyg. Rundschau Jahrg. IV.) (Über Augenblennorrhoe Neugeborener s. Prophylaxe derselben.) (Nur Bekanntes.) (Wicherkiewicz.)
49. Tertsch, Fall von Anthrax an den Augenlidern. Ophthalmol. Ges. in Wien. 6. XII. (Diskuss. Elschnig.)
50. Ulemann, Die pathologische Bedeutung der Iridocyklitis und Conjunctivitis als Teilerscheinungen des Gonorrhoismus. Ophthalmol. Ges. in Wien. 6. XII. (Diskuss: v. Reuss, Müller, Königstein, Elschnig, Lauber, Klein, Zimmermann.)
51. Urata, Tada, Experimentelle Untersuchungen über den Wert des sogen. Credéschen Tropfens. Diss. Marburg.
52. Weik, Fall von Granulations(?)-Geschwulst oberhalb des Auges. (Lues, Karzinom oder Tuberkulose?) Breslauer Dermatol. Verein. 6. VI.
53. Wicherkiewicz, Tradzik rózowaty i kilka słów w sprawie równorzednych przejawów chorobowych skórnych na spojówce i rogówce. Postep okulistyczny Nr. 8. S. 273. (Acne rosacea und einige Worte betreffend gleichartige Erkrankungen der Haut einer- und der Binde- und Hornhaut andererseits.) (W.)

Elschnig (13) hat festgestellt, dass keine nach dem siebenten Tage und nur selten eine nach dem dritten Tage post partum aufgetretene Augeneiterung beim Neugeborenen durch Gonokokken hervorgerufen wird. (St.)

Auch Erkrankungen, die nach dem fünften Tage auftreten, werden nach Königstein (27) häufig durch Gonokokken hervorgerufen.

Es kommen jedoch Fälle vor, wo die bakteriologische Untersuchung keine Erreger nachweist oder wo andere Mikroorganismen gefunden werden. Durch richtige Anwendung des Credéschen Verfahrens ist die Zahl der Blennorrhoen auf ein Minimum zu reduzieren. Gonokokken, Tieren in die Vorderkammer geimpft, konnten nach 24 Stunden dort nicht mehr nachgewiesen werden. (St.)

Eine vernarbte Blennorrhoea adultorum gelang es Darier (9a) in vier Tagen durch Applikation einer 25%igen Argyrollösung zu kupieren. Die Applikation geschah in Form eines Augenbades von vier bis fünf Minuten Dauer bei geöffnetem Auge, ohne die Augenlider zu ektropionieren. Ausserdem wurden Pinselungen mit 25%iger Protargollösung vorgenommen.

(Mit sehr hochprozentigen [30%] Protargollösungen werden auch sonst gute Erfolge erzielt; deshalb ist der Fall nicht für Argyrol zu verwerten.) (St.)

Demets (10) weist auf die Gefahren der von nicht berufener Hand vorgenommenen Bepinselungen mit Argent. nitr. und auch mit Protargol bei Ophthalmia neonatorum hin. Er habe dagegen vorzügliche Resultate mit Kollargol, das durchaus unschädlich sei, erhalten. In der Diskussion wurde mit Recht von verschiedenen Seiten eingewendet, dass das Argentum nitr. immer noch nach wie vor das souveräne Mittel gegen den Eiterfluss der Neugeborenen sei. (O.)

Greeff (21) führt über die Metastasen im Auge bei Gonorrhoe folgendes aus:

1. Bei Gonorrhoe der Urethra kommt zugleich mit Arthritis eine metastatische Conjunctivitis vor: Die Conjunctiva palpebrarum et bulbi ist sehr stark geschwollen, die Sekretion ist relativ gering. Im Sekret sind Gonokokken nicht nachzuweisen. Über einen derartigen Fall bei einem 18jährigen Mann berichtet Greeff. Die Conjunctivitis ist bei dem Patienten nach 14 Tagen geheilt.

2. Metastatische Retinitis: Bei einem 16jährigen Mädchen mit Gonorrhoe und Arthritis gonorrhoica tritt starke Iritis auf. Nachdem diese Iritis abgeheilt ist, bleiben Glaskörpertrübungen; man kann mit dem Augenspiegel eine Neuroretinitis feststellen. Der Autor fast diesen Fall als primäre Retinitis metastatica gonorrhoica auf. (Es wäre denkbar, dass es sich um eine primäre Uveitis mit toxischer sekundärer Retinitis handelte [Ref.]).

3. Für gewöhnlich verläuft die metastatische gonorrhoische Uveitis gutartig. Greeff gibt die Krankengeschichte von einem Patienten, der an chronischer Gonorrhoe erkrankt war und bei dem sich eine metastatische Iritis und Chorioiditis entwickelt hatte. Der Bulbus wurde phthisisch. Es ist damit bewiesen, dass die metastatisch-gonorrhoische Bulbuserkrankung nicht immer gutartig verlaufen muss.

4. Metastatische Nephritis nach Gonorrhoe am Auge. Sehr selten sind Metastasen von einer Ophthalmogonorrhoe aus beobachtet worden.

Greeff hat einen vierjährigen Jungen behandelt, bei welchem durch eine Infektion mit Gonokokken die Kornea zerstört wurde und die Exenteration des Bulbusinhalts vorgenommen werden musste. Zur Zeit der höchsten Entzündung (also vor der Exenteration) trat eine schwere Nephritis auf. Greeff hat im Urin Gonokokken durch das mikroskopische Präparat nachgewiesen (kulturell nicht). Trotzdem der Junge zu gleicher Zeit ein Panaritium hatte, hält Greeff die Nephritis für eine gonorrhoische, weil eben im Urin Gonokokken zu finden waren. (Eine Urethral-Gonorrhoe bestand vorher nicht.) (St.)

Ein 21jähriger Patient in Pauls (35) Beobachtung leidet an Urethral-Gonorrhoe. Acht Tage nach der Infektion tritt eine heftige doppelseitige Conjunctivitis auf, die bei sehr starken subjektiven Beschwerden nur sehr wenig sezerniert. Zugleich zeigte sich eine doppelseitige Kniegelenksentzündung. Diese Affektion heilt nach acht Tagen ab. Nachweiteren acht Tagen Rezidiv. Dabei traten Kornealinfiltrate und Ulzerationen auf. Sowohl Conjunctivitis wie Keratitis heilten aus, letztere mit Hinterlassung von zarten Trübungen.

Im Sekret der Konjunktiva und im Blut konnten Gonokokken nicht nachgewiesen werden. (St.)

Pes (36a) stellt zuerst die Literatur über Dakryoadenitis zusammen; es werden zuerst die Formen beschrieben, welche durch einen lokalen Reiz entstanden sind, und dann die Fälle von endogener Dakryoadenitis (Tuberkulose, Lues etc.) Darauf berichtet er über vier Fälle von Dakryoadenitis bei Gonorrhoe der Urethralschleimhaut.

1. Fall: 20jähriger Mann, akute Gonorrhoe, zugleich unter Allgemeinsymptomen (Fieber, Unwohlsein) doppelseitige Tränendrüsenschwellung. In der Urethra Gonokokken, in der Tränenflüssigkeit konnten keine Mikroorganismen nachgewiesen werden. Auf kalte Überschläge Heilung nach zwei Tagen.

2. 57 jähriger Mann. Seit drei Jahren besteht chronische Gonorrhoe der Urethra. Unter Fieber, Gelenkschmerzen und starkem subjektivem Krankheitsgefühl Schwellung beider Tränendrüsen. Auch hier in der Tränenflüssigkeit keine Gonokokken. Heilung unter kalten Überschlägen in 14 Tagen.

3. 23 ½ jähriger Mann, chronische Gonorrhoe der Urethra. Nach einem Exzess in Venere treten am nächsten Morgen Fieber und starkes Krankheitsgefühl auf. Am nächsten Tag Schwellung beider Tränendrüsen. Nach zehn Tagen ist die Schwellung verschwunden.

4. 21 jähriger Mann, seit 20 Tagen akute Gonorrhoe. Es besteht beiderseits akute Dakryoadenitis. Nach drei Tagen ist alles geheilt.

Bei den beiden letzten Fällen finden sich ebenfalls keine Gonokokken in der Tränenflüssigkeit.

Aus dem raschen Verlauf und dem gutartigen Charakter schliesst Pes, dass es sich in diesen Fällen nicht um eine Metastase von Mikroorganismen gehandelt hat, sondern um eine toxische Erkrankung, weil „der Gonococcus ein spezifisch toxischer Faktor ist und als solcher mit dem eigenen in einem oder in mehreren Herden produzierten Toxinen auch in entfernten Teilen sekundär entzündliche Prozesse hervorrufen kann“. (St.)

De Lapersonne (29) neigt dazu, die sog. blennorrhagische Iritis zu verneinen. Diese sei wahrscheinlich eine plastische rheumatische Regenbogenhautentzündung. Man habe niemals den Gonococcus darin angetroffen. Die Behandlung sei im übrigen auch dieselbe. (O.)

Unter Gonorrhoismus versteht Ulemann (50) eine Allgemeininfektion mit Gonokokken oder deren Toxinen. Er hält zum Zustandekommen des Gonorrhoismus eine individuelle Disposition für nötig (örtliche Dispositon des Schleimhautepithels und Gefässnetzes der Prostata, Blase und Urethra). Wenn man bei jeder chronischen oder akuten Iritis genau nach genitalen gonorrhoischen Erkrankungen forsche, würde man manchmal bei sog. rheumatischen Iritiden Gonorrhoe als Ätiologie finden, ganz besonders, wenn man bedenkt, dass selbst nach Jahren ohne Gelenkerkrankung eine Genitalgonorrhoe zu metastatischen Erkrankungen des Auges führen kann. (St.)

Galezowski (16) veröffentlicht mehrere Fälle von inneren Augenentzündungen (Iritis, seltener Iridochoroiditis und sogar Neuritis Optici), die bei Blennorrhagikern meist gleichzeitig mit Gelenkentzündungen auftraten. Galezowski hält dieselben, trotz Fehlens des Nachweises von Gonokokken, für Metastasen der Blennorrhagie. (O.)

Galezowski (17) beobachtete einen 37 jährigen Patienten mit gonorrhoischer linksseitiger Kniegelenksentzündung und heftiger Iritis. An der Hand anderer Beobachtungen zeigt er, dass die gonorrhoische Infektion die ganze Uvea, die Aderhaut, die Netzhaut und den Sehnerv befallen kann. (St.)

Wicherkiewicz (53) zählt zuerst verschiedene Erkranknngen auf, welche zu gleicher Zeit einerseits die Hant, andererseits die Hornhaut und die Bindehaut befallen. Diese Koinzidenz lässt sich leicht durch Analogie der anatomischen Struktur der Epidermis und der oberflächlichen Schichten der Bindehaut nnd der Hornhant erklären. Als Beispiel einer solchen Erkrankung können angeführt werden die so oft vorkommenden phlyktänulären Entzündungen der Kornea und der Konjnnktiva, welche nach der Ansicht der meisten Autoren als ganz gleichwertig mit dem Hautekzem anznsehen sind. Als eine seltene Erscheinung muss man aber eine Veränderung der Hornhaut bezeichnen, welche einer die Stirn- nnd die Nasengegend znr gleichen Zeit einnehmeuden typischen Acne rosacea entspricht. Einen derartigen Fall hat Verf. in seiner Universitätsaugenklinik in Krakau beohachtet und hehandelt. Bei einer 29 jährigen Frau, deren Gesichtshant mit typischer Acne rosacea behaftet war, bestanden gleichzeitig auf beiden Hornhäuten Veränderungen, welche auf den ersten Blick skrofulösen Infiltraten ähnelten. Insbesondere zeigte die linke Kornea fünf kleine, graugelbe, etwas emporragende Knötchen. Dieselben konnten weder mit phlyktänulären noch mit luetischen Gebilden, welche Verf. vor einigen Jahren unter dem Namen Keratitis nodosa syphilitica beschriehen hat, verwechselt werden. Die letztere Erkrankung musste aus zweifachem Grunde ausgeschlossen werden: erstens weil die Kranke nie syphilitisch angesteckt war, und zweitens, weil diese Krankheitsform heinahe ausnahmslos nur im Kindesalter vorkommt. Verf. hat demnach auch per exclusionem die heschriehene Hornhautveränderung als vollkommen gleichartig mit der Acne rosacea der Gesichtshaut angesehen. Das Augenleiden heilte in relativ knrzer Zeit heim Gebrauch von Atropin, Dionin, gelher Salbe und warmen Umschlägen. (W.)

Körher (28) hespricht die Pathologie des Pemphigus vnlgaris ocnlorum, dieser seltenen Affektion (anf 21000 Kranke ein Fall) und die Differentialdiagnose gegen Trachom. (St.)

An der Karunkel entwickelte sich hei einem Richterschen (39) Kranken ein entzündlicher Prozess, der durch eine Infektion mit Streptokokken entstanden war. Richter fasst den Prozess im Hinblick auf die Anatomie der Karunkel als Furunkel auf. (St.)

Bekanntlich wird die Kerato-Conjunctivitis phlyctaenulosa für ein dem skrofulösen Hautekzem völlig gleichwertiges Augenleiden gehalten, und deshalb giht man ihr anch den vielgebrauchten Namen Kerato-Conj. eczematosa. In der grossen Mehrzahl der Fälle vergesellschaftet sich auch diese Augenentzündung mit skrofulösen Effloreszenzen auf der Gesichts- und Kopfhaut, und zwar mit besonderer Vorliebe an der Nase, an den Ohrmnscheln nnd in den Mundwinkeln. Ein Beitrag zur Ätiologie der genannten Augenentzündung wird also anch für den Dermatologen von gewissem Interesse sein.

Angeregt von seinem Chef, dem Professor Wicherkiewicz, hat Beigel (3) vier Jahrbücher der Krakauer Universitätsaugenklinik durch-

sucht und alle Fälle von Conjunctivitis resp. Keratitis eczematosa nach einzelnen Monaten zusammengestellt. Diese Zusammenstellung zeigt, dass die grösste Frequenz jener Fälle auf die Frühlingsmonate März, April und Mai fällt. Im Monat Mai erreicht sie ihren Höhepunkt und beginnt dann schnell zu sinken.

Diese erhöhte Frequenz der skrofulösen Augen- und Hauteffloreszenzen kann nur erklärt werden durch den ungünstigen Einfluss der schlechten Witterung, nämlich der Regenzeit, der Nässe in den Wohnungen ärmerer Volksklassen und damit verbundener schwächender Momente, welchen der empfindliche kindliche Organismus am meisten unterliegt. Die Richtigkeit dieser Anschauung wird auch durch den ungewöhnlich hohen Prozentsatz der phlyktänulären Augenentzündungen bestätigt, welche Beigels Zusammenstellung im Monat August 1903 aufweist. Diese grosse Zunahme der Fälle erklärt Professor Wicherkiewicz durch damalige äusserst ungünstige atmosphärische Verhältnisse, welche mit grossem Hochwasser im oberen Weichselgebiete in Zusammenhang standen. (W.)

Rotholz (40) weist besonders auf die Notwendigkeit der Behandlung der bei skrofulösem Augenleiden häufig vorhandenen Nasenerkrankungen hin. Im übrigen nichts Neues. (St.)

Der erste Fall von Konjunktivaltuberkulose wird durch neun Tuberkulininjektionen von seiten Fleischers (15) auffallend gebessert; nachdem die Kur ausgesetzt ist, tritt eine Verschlimmerung ein.

Beim zweiten Fall waren ausser Dämpfung über den Lungenspitzen die Symptome der Miculiczschen Erkrankung vorhanden. Symmetrische Schwellung der Tränendrüsen, der Parotis und cervikaler sowie nuchaler Drüsen. In der Konjunktiva sind eigentümliche, tuberkulösen Gebilden sehr ähnliche Exkreszenzen.

Die Ätiologie der Miculiczschen Erkrankung kennt man noch nicht. (St.)

Elfjähriges Mädchen aus Hirschs (23) Praxis mit einem grossen tuberkulösen Geschwür in der Bindehaut des Oberlids. Tuberkelbazillen sind im Ausstrich nachgewiesen.

Vortragender will das Ulcus exzidieren und zeigt eine operativ geheilte Patientin. Er kann sich zu einer Tuberkulinkur wegen der langen Dauer nicht entschliessen, weil die Kur den ganzen Organismus in Mitleidenschaft ziehe. (St.)

Die Sattlersche Einteilung der Konjunktivaltuberkulose veröffentlicht Gilbert (18).

1. Das tuberkulöse Geschwür nach Analogie der Schleimhauttuberkulose.
2. Kleine, oft Follikeln ähnliche Tuberkelknötchen, vorwiegend aus den Übergangsfalten, mit Neigung zum Übergreifen auf die Conjunctiva bulbi.
3. Hahnenkammartige Wucherungen.
4. Lupus conjunctivae mit leicht blutenden Granulationen.

Die Therapie war bei 21 Patienten eine durchaus operative, häufig mit Galvanokaustik verbunden. Vor und nach der Behandlung kamen antibakterielle Mittel, vor allem Jodoform zur Anwendung.

Von der Gruppe:	Zahl der Fälle:	Resultat:
I	3	3 mal Dauerheilung,
II	4	2 mal Besserung,
		2 mal kein Erfolg,
III	3	1 mal Dauerheilung,
		2 mal dauernde erhebliche Besserung,
IV	9	1 mal voraussichtliche Dauerheilung,
		4 mal erhebliche Besserung,
		4 mal kein Dauererfolg. (St.)

Ein 34jähriger Patient Mellers (30) leidet seit vier Jahren an Lepra tuberosa. Am rechten Auge ist die Hornhaut ein wenig matt. Sie ist in ihrer ganzen Ausdehnung durchsetzt von vielen, äusserst feinen, intensiv weissen und scharf begrenzten Pünktchen. Daneben besteht Iritis. Auch in der linken Hornhaut sind solche weisse Pünktchen. Beim Abschaben dieser Pünktchen stellt sich heraus, dass sie dicht unter dem Epithel liegen. Sie bestehen anatomisch aus Epithelzellen, einigen Rundzellen und Haufen von Leprabazillen, die in grossen Zellen eingeschlossen sind. Es kommen also Leprabazillen sicher in die gefässlose Kornea.

(Es wird, ganz besonders von Axenfeld, betont, dass die Bazillen wohl durch Phagozyten in die Hornhaut eingeschleppt werden.) (St.)

Rubert (41) hat bei 202 Leprakranken in 47 Fällen Augenhintergrundsveränderungen gefunden (23,26 %). Die Veränderungen verteilen sich auf die tuberkulöse Form (33 Patienten) und die maculo-anästhetische (14 Patienten).

Folgende Veränderungen sind festgestellt:

1. Chorioiditis disseminata (15 Fälle) meist in der äussersten Peripherie des Augenhintergrundes.
2. Pigmentdegeneration der Retina (5 Fälle).
3. Retinitis (15 Fälle).
   Kleine runde oder ovale Plaques am hintern Pol des Auges treten auf.
4. Veränderungen an den Retinalgefässen (6 Fälle).
   (Kleine radiär zur Papille gestellte Blutungen.)
5. Veränderungen am Sehnerven (2 Fälle).
   (Atrophia Nervi optici, nicht sicher durch Lepra bedingt.)
6. Glaskörpertrübungen. (St.)

1½ jähriges Mädchen, bei dem Alexander (1) 10 Tage nach der Impfung zahlreiche Impfpusteln im Gesicht (an allen vier Lidern), besonders am Lidrand fand. Die Corneae bleiben intakt. Heilung nach ca. 2½ Wochen mit partiellem Wimperverlust. (St.)

Mellinghoff (31) demonstriert ein einjähriges Kind. Impfung am 4. Mai, am 11. Mai Entzündung des linken Auges. Am 19. Mai ist an der temporalen Hälfte der unteren Konjunktiva ein ovales, fast erbsengrosses Geschwür mit scharfen Rändern, speckigweissem Belag und indurierten Rändern.

Nach acht Tagen ist die Erkrankung ohne Narben geheilt. (St.)

Demonstration einer Patientin durch Schmidt-Rimpler (44), die durch ihr geimpftes Kind sich eine Impfpustel am Ober- und Unterlid zugezogen hatte. Auch die Kornea zeigt ein kleines Geschwür. (St.)

Döhler (12) berichtet über einen Arzt, dem beim Aufbrechen eines Impfröhrchens etwas Glas ins Auge gespritzt war. Typische Vaccine der Hornhaut. Perforation des Geschwürs. Die Enukleation des Auges ist notwendig geworden. (St.)

Ein 30jähriger Patient von Scheffels (43) infizierte sich bei einem Kinde am achten Tage nach der Impfung. Drei Tage später beginnt ein Geschwür am oberen Lidrand. Nach zwei Tagen kommt er zum Arzt. Am Intermarginalteil des Oberlids, ca. 1 cm von der inneren Lidkante entfernt, ist ein erbsengrosses rundliches Geschwür mit weisslich speckigem Grunde; der Belag lässt sich nur mit Mühe in kleinsten Fetzchen abziehen. Am nächsten Tag ist das Geschwür bohnengross. Sekundärgeschwür an der entsprechenden Stelle am Unterlid. Nach Allgemeinerscheinungen schwillt die Präaurikulardrüse. Die Erkrankung heilt ohne Therapie rasch wieder ab. (St.)

Zweijähriges Mädchen aus Oppenheimers (34) Praxis, vor acht Tagen an Windpocken erkrankt, Oberlid stark geschwollen, auf der Kornea eine Blase, über welcher das Epithel so gut wie intakt ist. Am nächsten Tage ist das Bläschen geplatzt; es entwickolt sich ein kleines Geschwür, das nach acht Tagen geheilt ist. Es bleibt eine minimale Hornhautfacette. (St.)

Tertsch (49) demonstriert einen Patienten, der seit drei Tagen mit Fieber über 39° eine starke Schwellung der Lider bekommen hat. Da Fluktuation nachweisbar schien, wurde inzidiert. Es entleerte sich kein Eiter. Im Sekret fanden sich Anthraxbazillen. Die Entstehungsweise der Erkrankung ist nicht zu eruieren. Der Bulbus ist intakt. (St.)

Zwei Fälle: Die Patienten kamen mit Fremdkörpergefühl in Szilys (47) Sprechstunde. In der Mitte des Oberlides unter der Konjunktiva ist ein grauschwarzes Knötchen von der Grösse eines Mohnkornes. Der Inhalt dieser Knötchen besteht aus einem Knäuel feinster Wollhärchen.

Szily ist der Ansicht, dass die Haarbildung innerhalb eines der hintersten Fläche des Augenlides zunächst liegenden Acinus der Granula Meibomi zustande gekommen ist. (St.)

Bei einem 28jährigen Manne aus Bargetons (2) Praxis bildete sich nach einem Trauma des Auges (Schlag mit einem Pinsel) eine rosafarbene, gestielte Wucherung der Hornhaut mit einem vertikalen Durchmesser von 14 und einem horizontalen von 12 mm. Es blieb nur eine schmale, 1,5 mm breite Randzone normaler Hornhaut. Die bakteriologische Untersuchung eines kleinen Fragmentes, sowie die Überimpfung auf Meerschweinchen blieben negativ. Trotzdem hielt L. Dor die Wucherung für ein Botryomykom, wie er es mit Poncet hauptsächlich an den Händen beobachtet und beschrieben hat. Dort fanden sich dem Staphylococcus aureus ähnliche Mikroben als Krankheitserreger. Therapie: sechs interstitielle Injektionen einer 0,2%igen Methylenblaulösung im Laufe eines Monats. Danach vollständiges Verschwinden des Tumors. Durch eine einige Monate später vorgenommene laterale Iridektomie wurde eine Sehschärfe von 1/10 erzielt. (O.)

Kurze Beschreibung durch Oppenheimer (33) eines vierjährigen Kindes mit vielen Molluskumknötchen an allen Lidern, besonders auf der nasalen Seite. Therapie: Skarifikation, Auskratzen, Galvanisation. (St.)

Beschreibung von zwei Fällen durch v. Hymmen (24):

1. Lymphangioma cavernosum in der Konjunktiva des rechten Unterlides bei einer 41 jährigen Frau.

Der Tumor wird entfernt, ein Granulationspfropf galvanokaustisch zerstört; ein Rezidiv ist nicht eingetreten.

2. Rundzellensarkom der Conjunctiva tarsi bei einer 81 jährigen Frau.

Der Tumor besteht aus grossen Rundzellen mit sehr spärlichem Pigment, daneben ist er ausserordentlich gefässreich; er liegt submukös. (St.)

Bei einem 75 jährigen Manne, den Pause (36) behandelte, ist im Verlauf eines Jahres im Oberlid links ein Tumor von 4,5 cm Breite, 3,5 cm Höhe und 2,25 cm Dicke gewachsen. Nach der Exstirpation finden sich pathol.-anatomisch den Meibomschen Drüsenzellen ähnliche Zellen, so dass man annehmen muss, dass die Geschwulst von diesen Drüsen ausgegangen ist. (St.)

Bei einem vierjährigen Knaben aus Mohrs (32) Praxis wird eine seit drei Monaten bemerkte haselnussgrosse Geschwulst, unter der Haut am Oberlide sitzend, die bis zum orbitalen Fettgewebe reicht, entfernt. Nach drei Monaten Rezidiv; der Tumor wird von neuem exstirpiert. Histologisch bestand der Tumor aus Muskelfasern, die aber eine feinere Querstreifung, als gewöhnliche Muskelfasern zeigten. In grösserer Zahl als die Muskelfasern waren in der Geschwulst noch Zellen von verschiedener Form vorhanden, die aber die gleiche Färbung mit Muskelfasern annahmen. Sarkomatöses Gewebe war in der Geschwulst nicht vorhanden, deshalb wird die Diagnose gestellt: Rhabdomyoma malignum. (St.)

67 jähriger Patient. Seit 15 Wochen besteht ein Kankroid des Oberlides. Die Diagnose wird von Greeff (20) mikroskopisch gestellt, es handelt sich um einen gewöhnlichen Epithelkrebs. Das Kankroid erstreckt sich vom äusseren Lidwinkel über die Nase bis auf das andere Oberlid. Das erstergriffene Lid war vollständig zerstört, der Bulbus durch Ulcera corneae zugrunde gegangen. Das amaurotische Auge wird entfernt.

Erste Belichtung mit Röntgenstrahlen 10 Minuten. Dann noch acht Sitzungen, darauf ist das Kankroid geheilt. (St.)

Rählmann (38) gibt auf Grund seiner Untersuchungen folgende Resultate:

Die Amyloidentartung, soweit sie am Auge beobachtet wird, kann von allen Teilen der Gewebe der Konjunktiva und der Lider ausgehen. Man hat Entartung des Bindegewebes, der Lidmuskeln, der Gefässe, des kutanen Hautteils, endlich der Drüsen beobachtet.

Die Zellen, welche zu erkranken beginnen, zeigen eine auffallende Körnung, besonders die Epithelien sind von einer feinkörnigen Masse völlig angefüllt, während der Kern verschwunden ist. Manchmal ist der Kern noch erhalten, aber dann wie das Protoplasma in kleine Körner zerfallen.

Bei weiterer Degeneration entstehen Schollen, indem sich die kleineren Teile zusammenlagern. Eine Zelle, die, nachdem der Kern

verschwunden ist, homogen aussieht, nnd die deutlich amyloid reagiert, hat in Wirklichkeit noch einen körnigen Inhalt, wie man mit dem Ultramikroskop nachweisen kann. (St.)

Einen Tag nach einer sehr starken Uterusblutnng durch Abortus, erblindete eine gesunde 28jährige Frau aus Felix's (14) Praxis auf dem rechten Auge völlig. Fünf Tage nachher trat Sehstörung am linken Auge auf; bei der Untersuchung wnrde eine mässige Herabsetzung der Sehschärfe nnd Gesichtsfeldbeschränkung nach unten und lateral festgestellt. Ophthalmoskopisch wurde doppelseitige Papillitis gefnnden. Das rechte Auge blieb dauernd erblindet; die Papillitis endete in neuritische Atrophie. Links wurde die Sehschärfe wieder normal, und die Gesichtsfeldbeschränkung ging bedeutend zurück. (V.)

LX.

Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten. Prostitution. Geschlechtskrankheiten, Allgemeines.

Bearbeitet von **Rudolf Krösing**-Stettin, mit Beiträgen von **Béron**-Sofia, **Krefting**-Christiania, **Krysinski**-Warschau (im Anftrage von **v. Watraszewski**-Warschau), **Müllern-Aspegren**-Stockholm, **Selenew**-Charkow, **Verrotti**-Neapel (im Auftrage von **De Amicis**-Neapel) und **v. Zeissl**-Wien.

Literatur:

1. Bérenger, Proposition do loi sur la prostitution des mineurs en France. Sem. méd. S. CLXXVIII.
2. Béron, B., Pridoleiti v detzka vazraet veneritscheski boljesti. (Über die im Kindesalter (bis 13. Lebensjahr) erworbenen venerischen Krankheiten). Letopissi II. Heft 1 u. 2.
3. Bronnecke, Wie ist der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten zu führen? Berlin. Leipzig, H. G. Wallmann.
4. Chodecki, W., Walka z prostytucia. (Beitrag zur Bekämpfung der Prostitution.) Zdrowie Z. IV. S. 261.
5. Foistmantel, Der persönliche Schutz vor geschlechtlicher Infektion. Wiener med. Wochenschr. S. 605, 666, 728, 780, 831, 893.
6. Fournier, A., Danger social de la syphilis. (Selbständig erschienen.)
6a. Franceschini, G., Malattie sessuali. Manuale ad uso dei medici e studenti di medicina. U. Hoepli. Milano.
7. Grosse, Otto, Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten. Münch. med. Wochenschr. S. 999.
7a. Holt, Emmet L., Gonokokkeninfektion von Kindern mit besonderer Berücksichtigung ihres Vorkommens in Spitälern nnd Mittel zur Verhütung derselben. New York med. Journ. März.
8. Kern, Ferdinand, Studien über das Wesen der Beschälseuche. Zeitschr. f. Tiermedizin. Bd IX. S. 259, 350.
9. Kitaj, Ist der Krankenstand bei der Truppe reduzierbar? Der Militärarzt. S. 92.
10. Lesser, E., Über die Verhütung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Klin. Jahrbuch. S. 367.
11. Levon, Leonhard, Zur Frage der Gonorrhoeheilung und des Ehekonsenses bei Gonorrhoe. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 75. S. 273.

12. Lévêqne, P., Prophylaxie des maladiee vénériennes et polico des moeurs. Thèse de Lyon.
13. Macdonald, W. G., The prophylaxis of syphilis. Boston med. and surg. Jonrn. 26. Jannar.
14. Magne, Considérations sur l'hôpitalisation dce malades vénériene onvisagée au point de vue de la prophylaxie sanitaire et morale. Thèse de Bordeaux.
15. Mignot, F. E., Le péril vénérien et la prophylaxie des maladies vénóriennes. These de Paris.
16. Möller, Magnns, Den mikroskopiska undersökningen af sekreten vid prostitntions-besiktningen. Hygiea. April.
17. Morrow, Princo A, Social disease and mariage. London. Sidney Appleton.
18. Moty, Importance des maladiea vénériennes dans l'armée. Echo méd. du Nord. 16. April.
19. Müller, Max, Dio venerischen Krankheiten in der Garnison Motz. Vorsuch eines Nachweises für die Leistung-fähigkeit der mikroskopischon Sekretuntersuchnng bei der Kontrollo dcr Prostituierten. Münch. med. Wochenschr. S. 2013.
20. Offenbarungsrecht und Anzeigepflicht bei Geschlechtskrankhoiten in gewisson Fällen, zur Verhütung schwerer Schädigung von Personon odor der Allgemeinheit. Diskussion auf dem 11. Kongr. der Dentsch. Ges. znr Bekämpfg. der Geschlechtskrankh. München. 17. u. 18. 111.
21. Pichon, Lea maladies vénériennes aux colonies; lenr prophylaxie dans l'armée coloniale. Thèse de Bordeaux.
22. Pinkna, F., Die Präventivbehandlung dor Syphilie. Med. Klinik. 12. Febr.
23. Roepko, O. nnd Husa, E., Untersuchungen über die Möglichkoit der Übertragung von Krankheitserregern durch den gemeinsamon Abendmahlekelch. II. Deutsche med. Wochenschr. S. 149.
24. Schalek, Alfred, Prophylaxis of syphilie. Illinois State med. Soc. 16. bis 18. V.
25. Selenew, J. Ch., Zur Frage dor Bildung einee Russiachen Bundes für Bokämpfung der Geschlechtskrankheiten. Russisches Journal der Hant- und venerischen Krankheiten. T. IX. Fobruar.
26. Sondermann, R., Zur Prophylaxo und Abortivbehandlung der Gonorrhoe. Therap. d. Gegenw. S. 466.
27. Sonneberg, E., O Rozlamentaeji Prostytucji. (Über die Reglementation der Prostituierten.) Medycyna. X. S 195. XI. S. 216. XII. S. 233.
28. Spillmann, Prostitution und Tuberkulose. Iuternat. Tuberkulosekongr.
29. Tandler, Gustav, Ein Beitrag zur Prophylaxo der Geschlechtskrankheiten. Der Militärarzt. S. 65.
30. Ustvedt. Ingvar, Bericht der venerischon Krankheiten in Christiania 1904. Tidsskrift for den norske logeforening. Nr. 12.
31. Vogel, Jnlina, Die Prophylaxe und Abortivbehandlnng der Gonorrhoe. Berliner klin. Wochenschr. S. 1048.
32. Wyatouch, Wniosok zo walki z chorobami weneoyernomi. (Beiträge zur Bekämpfung venerischer Krankheiten.) Zdrowie. 2. S. 153.
33. Anticilloid, Urethralstäbchen als Prophylacticum gegen Gonorrhoe. Pharmazeut. Zeitung S. 870.
34. Kasernierung der Prostitution mit Bemerkungen zur Wohnungsinspektion, zwangsweisen Behandlung und Ausdehnung der Krankenversicherung. Diskussion auf dem 11. Kongr. der Dentsch. Ges. zur Bekämpfung der Geschlechtskrankh. München. 17. n. 18. 111.
35. Strafbarkeit der Ankündigung von Schutzmitteln zur Verhütung der Geschlechtskrankheiten. Diskussion auf dem 11. Kongr. dor Ges. zur Bekämpfg. der Geschlechtskrankh. München. 17. n. 18. 111.

Franceschini (6a) liefert ein für Studierende und für Ärzte ausgezeichnetes Büchelchen, das sich besonders bei Anfängern, die weder Zeit noch Geld für das Studium der diesbezüglichen Klassiker verwenden können, sehr bewähren dürfte. Das Werk stellt einen weiteren Schritt für das allgemeine Verständnis des Trippers und der Syphilis dar und enthält in knapper, aber klarer Form die wichtigsten Daten der Symptomatologie, Therapie und Prophylaxe. (V.)

Selenew (25) tritt für die Gründung des Russischen Bundes für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ein und nimmt als Beispiel

deutsche und andere analoge Gesellschaften. Er polemisiert gegen die Moskauer Venerologische Gesellschaft, welche die Gründung eines solchen Bundes für nicht zeitgemäss und nicht leicht ausführbar hält. (S.)

Einen wirksamen Kampf mit der Prostitution resp. mit venerischen Krankheiten sieht Chodecki (4) nicht in polizeilicher Reglementierung, sondern in breit gefasster gemeinschaftlicher Mitwirkung. In erster Reihe sei hier zu nennen: die Aufklärung der jungen Generation über den Nutzen der sexuellen Enthaltsamkeit bis zur Heirat; die Gründung von Frauenvereinen, um die Schwangeren in Schutz zu nehmen; das Verschaffen von Beschäftigung für diejenigen, welche arbeiten wollen; die Aufklärung der Bevölkerung über die Gefahr der venerischen Krankheiten; die Bildung unentgeltlicher Ambulatorien mit Spezialärzten; die Anlegung von Korrektionshäusern für minderjährige Prostituierte. (Kry.)

Sonneberg (27) zitiert die die Reglementierung betreffenden Vorwürfe der Abolitionisten, widerlegt sie teilweise und zieht folgende Schlüsse: die Beibehaltung der Reglementierung ist unbedingt nötig, setzt aber Reformen, die eine Inskription, Untersuchung und Behandlung der Prostituierten betreffen sollen, voraus. (Kry.)

Wystonch (32) spricht für das Aufheben der Bordelle und verlangt Einrichtung unentgeltlicher, abendlicher, ärztlicher Sprechstunden mit verschwiegenem Charakter für venerische Kranke. (Kry.)

Grosse (7) beschreibt unter dem Namen „Selbstschutz“ sein neues Prophylacticum gegen die venerischen Erkrankungen. Es besteht aus zwei Tuben, die zu einem Ganzen vereinigt sind. In der einen befindet sich Hg-Oxycyanat 1‰, in der anderen eine Mischung von Vaseline und Lanolin. Mit letzterem Gemisch wird zum Schutz gegen Lues und Ulcus molle der Penis eingefettet, während das Hg-Oxycyanat als Antigonorrhoicum direkt aus der Tube post coitum in die Harnröhre injiziert wird und eine Minute wirken soll. Der Apparat dient immer nur zu einmaligem Gebrauch und kostet 30 Pfennig. Verf. bevorzugt Hg-Oxycyanat, weil die Argentum-Präparate sich zu leicht zersetzen und dann unwirksam sind und weil vom Hg-Oxycyanat bekannt ist, dass es erstere als Antigonorrhoicum noch übertrifft (Schäffer). Reizerscheinungen nach Anwendung des Mittels hat er nie beobachtet. (Krö.)

Vogel (31) glaubt, dass zwar alle post coitum vorgenommenen prophylaktischen Einträufelungen und Einspritzungen wirken können, aber nicht immer wirken, daher nicht ohne weiteres und ganz allgemein dem Publikum zu empfehlen sind, denn sie verführen ev. zu Leichtsinn und unberechtigter Vertrauensseligkeit. Auch reizen sie mitunter in unbequemer Weise die Harnröhre.

Zur abortiven Behandlung benützt Verf. 4% Protargol, von dem er 10 ccm mit der Tripperspritze einspritzt und 1—2 Minuten einwirken lässt. Daneben bekommt der Patient 1,5—2 g Ol. Santal. pro Tag. Am gleichen Tage macht der Arzt noch ein- bis zweimal Ausspritzungen (mit der Tripperspritze) mit Borsäure 3% oder Kal. permangan. ¼‰. Diese Behandlung geschieht 2—3 Tage hintereinander. Sie hat dem Verf. in einzelnen Fällen Erfolg gebracht, meist aber nicht, und in diesen letzteren Fällen war der spätere Verlauf der Gonorrhoe ein besonders langwieriger, was wohl auf die übermässige Reizung der Schleimhaut zurückzuführen ist. Aber Komplikationen hat die Methode nicht gezeitigt. (Krö.)

Max Müller (19) findet ein Zusammentreffen einer ganz auffallenden Verminderung der Tripperinfektionen bei der Metzer Garnison mit der Einführung der mikroskopischen Sekretuntersuchung der Metzer Prostitnierten, während die Zahlen für Lues annähernd die gleichen blieben. Die Zahl der Infektionen mit Gonorrhoe war in der Zeit vor der mikroskopischen Kontrolle 25,6 ‰, nach derselhen 12—13 ‰, also um 50 % niedriger. Verf. sieht durchaus mit Recht den Grund dieser erfreulichen Gesundung der Garnison in eben jener mikroskopischen Kontrolle. (Krö.)

Möller (16) gibt eine Übersicht über die verschiedenen Ansichten betreffend den Wert der mikroskopischen Untersuchungen bei der Besichtigung der Prostituierten. In Stockholm wurde die mikroskopische Untersuchung Anfang 1904 eingeführt. Während des daranffolgenden Halhjahres stieg die Anzahl der Tripperfälle nm 253 % (von 111 auf 381 Fälle).

Der Autor kommt unter anderem zu folgendem Resultat: Mindestens die Hälfte aller Prostituierten sind Gonokokkenträgerinnen. Mit unseren gegenwärtigen Behandlungsmethoden können nur die Hälfte oder vielleicht zwei Drittel der im Krankenhaus Internierten geheilt werden; die übrigen müssen als nngeheilt entlassen werden. Eine allzu rigorose, frequente und langwierige Zwangshehandlung im Krankenhaus ist eine Massnahme, die manche Frauen moralisch bricht (Hammer), welche die Prostituierten im allgemeinen sehr fürchten, der sie sich daher zu entziehen suchen und die deshalh geeignet sein kann, eine Zunahme der heimlichen Prostitution auf Kosten der Eingeschriebenen zu bewirken. Ohgleich man durch mikroskopische Untersuchung eine grössere Möglichkeit, als durch makroskopische Besichtigung hat, die Kranken von den Gesnnden zu scheiden, so ist doch ein sicheres Ansscheiden schwer, oft ganz unmöglich. Die mikroskopische Untersuchung hat dort, wo sie eingeführt worden ist, hisher nicht den auf sie gestellten Erwartungen entsprochen, ein Mittel zu sein, um die Tripperinfektion unter der männlichen Bevölkerung zu mindern. (M.-A.)

Es sind in Christiania, wie Ustvedt (30) berichtet, von den praktischen Ärzten und den Krankenhänsern teils durch tägliche Anmeldnngen, teils durch die Monatslisten znsammen 2467 neue Fälle von venerischer Krankheit im Jahre 1904 angemeldet, wovon Tripper 1731, weicher Schanker 367, akquirierte Syphilis 509 und hereditäre Syphilis 50. Die Anzahl der angemeldeten Fälle hat seit 1895 nach und nach ahgenommen. Die Zahl von Syphilis war prozentweise im Verhältnis zu der Volksmenge 1895 0,42 % und 1904 0,26 %. (Bordelle nnd präventive Kontrolle haben in Christiania seit 1888 nicht existiert. Ref.)

1904 wurden an das Gesundheitsamt 198 Anmeldungen gerichtet, welche zur Nachforschung nach den Ansteckungsquellen Anlass gahen, die in 137 Fällen ein positives Resultat hatten. Ein weihlicher Arzt hat die Weiber untersncht und teilweise behandelt. 127 Männer sind in amhulatorische Behandlung eines Spezialarztes auf Kosten des Gesundheitsamtes überwiesen worden, anstatt ins Krankenhaus eingelegt zu werden. Eine tahellarische Übersicht von Interesse ist heigegehen. (Kre.)

Béron (2) hat am Alexander-Spital im Verlanfe von fünf Jahren 24 Kinder (5 Knaben und 19 Mädchen) an Blennorrhöe nnd 36 Kinder an erworbener Syphilis, im ganzen 60 venerisch angesteckte Kinder behandelt, wovon 12 durch Verführung und Notzucht und 48 durch Familienumgang (von den Eltern, Dienstboten etc.) erkrankt waren. Auf

Grund der mitgeteilten Krankengeschichten dieser Fälle, sowie seiner früheren Arbeiten (Medizinski Zbornik 1895, Zdrarige 1904, Juriditscbesky Pregled 1904) kommt Béron zu folgenden Schlusssätzen: 1. Die syphilitische Ansteckung der Kinder wird in Bulgarien, besonders auf dem Lande, häufig beobachtet; 2. die Prognose der Blennorrhoeerkrankung der Mädchen ist wegen der langen Behandlungsdauer (bei Bérons Fällen durchschnittlich drei Monate) und der vorkommenden Komplikationen als eine ernste zu betrachten; 3. zur Bewahrung der Minderjährigen vor geschlechtlicher Ansteckung sind die gegenwärtigen gesetzlichen Bestimmungen Bulgariens nicht ausreichend und müssen verstärkt werden. (B.)

Emmet Holt (7a) entwickelt in einer langen Arbeit die Prinzipien, die in einem Kinderspitale zur Verhütung der hartnäckigen und leicht übertragbaren Vulvovaginitis der kleinen Mädchen zu beachten sind. Sie stellt folgende Forderungen auf: 1. Untersuchung der Genitalien der eingebrachten kleinen Patientinnen; Zurückweisung bezw. Isolierung der Kranken bei positivem Befunde; Quarantäne bei zweifelhaftem Befunde. 2. Isolierung der zugehörigen Pflegerinnen, da die Verschleppung von Station zu Station leicht möglich ist. 3. Trennung der Wäsche (Bett-, Leibwäsche, Servietten usw.), der Schwämme, Waschutensilien, Nachtgeschirre und Unterschieber; Trennung beim Baden und Waschen und Desinfektion aller Gerätschaften. 4. Streng auch auf Prophylaxe der Augen halten! (v. Z.)

LXI.

Erkrankungen der Samenwerkzeuge (ausschliesslich Gonorrhoe).

Bearbeitet von Schwenter-Trachsler-Bern, mit Beiträgen von **Goldenberg**-New York, **Kanitz**-Klausenburg (im Auftrage von **v. Marschalkó**-Klausenburg), und **Rasch**-Kopenhagen.

Literatur:

1. Albrecht, Käsige Tuberkulose eines Samenbläschens als Ausgangspunkt von Miliartuberkulose. Ärztl. Verein in Frankfurt a. M. 21. VIII.
2. Barot, C., L'opothérapie testiculaire contre les ulcères variqueux des cryptorchides. Sem. méd. S. 306.
3. Beck, Carl, A new method of orchidopexy. Med. Record. 12. August.
3a. Belfield, William T., Pus infections of the genital tract in the male (Eiterinfektionen im männlichen Genitaltractus). Medical News Nr. 17. (Vortrag gehalten in der Urologischen Gesellschaft in Chicago.)
4. Betti, U. A., Puntura esplorativa e massagio nella cura dell' idrocele nei bambini. Gazz. degli osped. 11. Juni.
5. Biland, I., Über einen Fall von Staphylohämie (mit Urethritis, Epididymitis und Exanthem). Korresp.-Bl. f. Schweiz. Ärzte. 15. Juni.
6. Blumenfeld, Contribution à l'étude de l'orchite au cours de la fièvre typhoïde. Thèse de Paris.

7. Brouardel, P., Injectien de cocaïne dans une hydrocèle; mert; relatien médico-légale. Ann. d'hyg. publ. April.
7a. Butler, Thomas J., Hydrocele. Louisville monthly Journal ef Medicine and Surgery. April.
8. Cabot, H., Some suggestiens in regard to the diagnosis ef seminal vesiculitis. Bosten med. and surg. Journ. 11. Mai
9. Calet, Les tuberculeses du testicule et de l'épididyme. (Über Heden nnd Epididymistuberkulose.) Congrès internationsl de la tuberculose, Paris. Teme deuxième. S. 87.
10. Cecca, R., Sulla patogenesi dell' idrocele velgare. Gazz. degli osped. 7. Sept.
10a. Cumston, Charles Greene, The treatment of hydrocele (Die Behand ung der Hydrecele). American Journsl uf Dermatology and genito-urinary diseases. Jannar. (Empfehlnngen der Winkelmannschen Operation.) (G.)
11. Dalous, E., Centributien à l'étnde de l'histologie pathelogique des snppurations testiculaires. Ann. des mal des erganes gén.-urin 1. Juli.
12. Dizac, P, De la rupture du varicocèle; hydrohématocèle cencemittante. (Ruptur einer Varicecele mit begleitender Hydrohamatocele) Thèse de Lyon. (Der Inhalt der Arbeit deckt sich mit dem Inhalt der Überschrift.) (S.-T.)
13. Djalil Khan, Du cheix de l'interventien dans la cure opératoire des orchi-épididymites tuberculeuses. (Welche Art des Vergehens verdient bei der operativen Behandlung der Heden-Epididymistuberkulese den Vorzug?) Congrès international de la tuberculese, Paris. Tome deuxième. S. 88.
14. Dowden, J. W., Recurring torsion ef the spermatic cerd. Brit. med. Jeurn. 29. April.
15. Dupré, J., Les caractères cliniqnes de l'insuffisance testicnlaire. Thèse de Paris.
16. Emanuel, R., Über chorioepitheliemartige Wncherungen in Hedenteratomen. Menatsschr. f. Geburtsh. n. Gynäkel. S. 602.
17. Feulerten, A. G. R., Carcinema ef the testicle. Lancet. 23. Dezember.
17a. Fränkel, Max, Über Orchitis fibresa. Diss. Kiel.
18. Friedmann, Friedr. Franz, Experimentelle Beiträge zur Frage kongenitaler Tuberkelbazillenübertragung und kengenitaler Tuberkulose. Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. u. f. klin. Mediz. Bd. 181. S. 150.
19. de Garmo, W. B., Tuberculeus testicle and the X-rays. Med. Recerd. Vel. 67. S. 576. (Bericht über einen durch Röntgenbehandlung gebesserten Fall von Hodentuberkulese.) (G.)
20. Gatti, G., L'anastomese intertesticulaire après la section d'un canal déférent. (Intertestikuläre Anastomese nach der Durchschneidung eines Vas deferens.) Annales des maladies des organes génito-urinaires. 15. Mai. (Bietet nichts Neues.) (S.-T.)
21. Gelpke, Zur temporären Femuropexie des Leistenhedens. Fertschr. d. Medizin. S. 665.
21a. Griffith, Frederic, Hot water irrigation treatment fer the radical cure ef hydrocele (Heisswasserirrigation, als radikale Heilmethode der Hydrocele). American Journal ef Dermatology and genito-urinary diseases. May.
22. Gnizetti, Pietre, Untersuchungen über die Veränderungen der Epithelien der Samenkanälchen nnd der Spermatozeen in vier Fällen von Syphilis. Arch. f. Dermat. n. Syph. Bd. 75. S. 227.
23. Haynes, I. S., Tuberculesis ef the testicle; epididymectomy; grafting ef tho vas deferens into the glebus majer. Ann. ef Surgery. Mai.
24. Hermann, E, A mellékvese készítményei a kóros ondókiürülések therapiájában. (Die Nebennierenpräparate in der Behandlung der pathologischen Samenentleerungen.) Urelegia, Vierteljahrsbeilage des Budapesti orvosi ujsáz. Nr. 1.
25. Illing, Georg, Über einen eigenartigen Fund in den Glandulae vesi nlares und den Glandulae ductus deferentis des Rindes. Arch. f. mikroskop. Anatomie u. Entwickelungsgesch. Bd. 66. S. 121, mit Bemerkungen von Gerbartz, Heinr. S. 469.
26. Karlinski, Justin, Znr Frage der sogenannten germinativen Tuberkulose bei Tieren. Zeitschr. f. Tiermedizin. Bd. 9. S. 414.
27. Katzenstein, M., Zur Pathologie des Kryptorchismus. Berl. med. Ges. 15. XI.
28. Keetley, C. B., Temperary fixati n ef testis te thigh; a serie ef 25 cases operated en for undescended testis. Lancet. 29. Juli.
29. Klapp, Beitrag zur Radikalbehandlnng der Hydrocele und Hernie. Niederrhein. Ges f Natur- u. Heilk. in Bonn. 19. VI.
30. Klinger, Hnge, Torsien des Samenstranges. Münch. med. Wechenschr. S. 363.

31. Kurzwelly, Demonstration eines Leistenhodens mit Torsion des Samenstranges. Med. Ges. zu Leipzig. 9. V.
32. Landau, H, Bauchpresse und Torsion des Samenstranges. Münch. med. Wochenschr. S. 763.
33. Lanz, O., Der ektopische Testikel. Zentr.-Bl. f. Chir. 22. April. S. 425.
34. Derselbe, L'extension testiculaire contre la cryptorchidie. Sem. méd. S. 208.
35. Legueu, De l'ablation des vésicules séminales tuberculeuses. Soc. de chir. 8. u. 15. Febr.
36. Lemoine, Orchite et pancréatite ourliennes suivies de mort. Soc. méd. des hôp. 7. Juli.
36a. Lewis, Bransford, Case of chronic seminal vesiculitis, removal of vesicles, recovery (Fall von chronischer Entzündung der Samenblasen, Entfernung derselben, Heilung). St Louis Courier of Medicine. April.
37. Lusena, G., Le lesioni del cordone spermatico in rapporto al tono dello sfintere vsoicale. Boll. dell' Accad. med di Genova. 20. 2.
38. Magraesi, A., La cura radicale ambulatoria dell' idrocele. Gazz. degli osped. 3. September.
39. Mantovani, G., Ectopia intraperitoneale di un testicolo canceroso. Policlinico. 15. Oktober.
40. Mateuoka, M., Über Gewebsveränderungen des verlagerten Hodens, Nebenhodens und Samenleiters. Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. u. f. klin. Mediz. Bd. 180. S. 484.
41. Müller, Achilles, Zur Kenntnis der Hodenembryome. Arch. f. klin. Chir. Bd. 76 S. 661.
42. Nagel, W. A., Über Reizbarkeit und Kontraktilität des Ductus deferens. Physiol. Ges. zu Berlin. 28. VII.
43. Nussbaum, Über Regeneration am Hoden. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. in Bonn. 19. VI.
44. Pénières, Traitement de la tuberculose génitale chez l'homme par des injections d'euphorbe. (Die Behandlung der Genitaltuberkulose des Mannes mit Injektionen von Euphorbium.) Congrès international de la tuberculose, Paris. Tome deuxième. S. 85.
45. Pincus, Über Azoospermie. Ost- u. westpreuss. Ges. f. Gynäkol. 3. VI. (Diskuss.: Ginzberg, Winter, Hammerschlag.)
46. Posner, C., Die diagnostische Hodenpunktion. Berliner klin. Wochenschr. S. 1119.
47. Rachet, Existe-t-il une spermatorrhée vraie? Que sont les malades dits spermatorrhéiques? Lyon méd. 5. März.
47a. Rogowski, Paul, Beiträge zur Pathologie und Therapie bei Kryptorchismus und Testis inguinalis. Diss. Halle.
48. Romanowsky, R. und v. Winiwarter, Josef, Dystopia testis transversa Anat. Anzeigor. Bd. 26. S 635.
49. Schäfer, Arthur, Die Behandlung des Kryptorchismus. Münch. med. Wochenschr. S. 1243.
50. Schüle, Demonstration Florencescher Spermakristalle. Naturforschende Ges. in Freiburg i. B. 27. II
51. Selloi, J., A spermatokelsröl. (Über die Spermatocele.) Sebészet. Vierteljahresbeilage des Budapesti orvosi ujság. Nr. 4.
52. Shaw, H. Batty, A review of recent investigations on the physiology and pathology of secretory tissues. III. Testicle. Practitioner. Vol. 74. S. 533.
53. Sommi, E., Sopra un caso raro di orchite malarica. Riv. critica di clinica medica. 15. April.
54. Steinmann, F., Zur operativen Behandlung des Leistenhodens. Corresp.-Bl. f. Schweiz. Ärzte. 15. August. S 515.
55. Sternberg, Carl, Ein peritheliales Sarkom (Hämatangioendotheliom) des Hodens mit „chorionepitheliomartigen Bildungen" Zeitschrift für Heilkunde · Abt. f. pathologische Anatomie. Bd. 25. S. 105. (Sorgfältige, zusammenfassende Arbeit; die Beschreibung ist in der Überschrift enthalten.) (S.-T.)
55a. Stöckl, Hans, Über einen Fall von Anencephalie mit Kryptorchismus. Diss. München.
56. Strandgaard, H., Behandlingen af epididymitis tuberculosa. Hospitalstidende. 1. u. 8. März. S. 185 u. 209.
57. Tendeloo, N. Ph., Lymphogene retrograde Tuberkulose einiger Bauchorgane. Münch. med Wochenschr. S. 988 u. 1051.
58. Thaly, D., Contribution à l'étude du processus histologique des orchites suppurées; abcès multiples du testicule à la suite du cathétérisme. Thèse de Toulouse.

59. Tneini, G., Sopra nn case di varicocele linfatico da filaria. Pisa.
60. Ullmann, K., Behandlung dreier Fälle von Nebenhodentnberkulose mit Stauung. Ges. der Ärzte in Wien. 17. XI. (Diskuss.: Kapeammer, Bum.)
61. Vincenzoni, E., Un caso di ectopia crurale del testicolo. Riforma med. 23. Dezember.
62. Walther, Tumenr liqnide du cordon epermatiqne. Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris. S. 780. (19. VII.) (Diskuss.: Le Dentu, Demonlin.)
63. Weber, Fall von Orchidopexie vor zwei Jahren wegen Leistenhodens. Wissenschaftl. Verein der Ärzte zn Stettin. 3. I.
64. Wederhake, Über die Samenkörnchen des menschlichen Sperma. Mon. Ber. f. Urologie. Bd 10. H. 11.
65. Wood, Alfred C., Complete avulsion of the scrotum, left testicle and skin covering the penis (Vollständige Abreissung des Hodensackes, linken Hodens und der Bedeckung des Penis). American Journal of Dermatology and genito-urinary diseases. Mai.
66. Wyeth, J. A., Sarcoma ef the undescended testes. New York med. Journ. 2. Dezember.

Durch Osmierung und Kontrollfärbung mit Scharlach R, Sndan III nnd Indophenol wies Illing (25) Fettzellen eigener Art, auf welche schon Disselhorst hingewiesen, im sekretorischen Epithel der Samenleiterampnllen und der Samenhlasen des Kindes nach; er bezeichnet sie als „hasale Kugelzellen". (S.-T.)

Nach den Untersnchungen Wederhake's (64) kommen die Samenkörnchen im gesnnden Sperma junger, also zengungsfähiger Individnen vor, während ihre Zahl mit zunehmendem Alter abnimmt und sie bei Prostatikern ganz fehlen sollen; er sieht sie als spezifische Formelemente des menschlichen Spermas an. Die Körnchen hahen Kngelgestalt, lösen sich nicht in Sänren, dagegen in Kalilange, und reagieren nicht anf Fettfärhung; sie sind von einer feinsten Hülle umgeben, die sich n. a. dnrch Kolorierung mit Eosin und Methylengrün nachweisen lässt. (S.-T.)

Der 38jährige Patient von Lewis (36a), der vor sechs Jahren Tripper akqniriert hatte, litt seit einigen Monaten an vermehrter Harnfrequenz und Schmerzen in der linken Lnmbalgegend. Per rectum wurde Vergrösserung und Schmerzhaftigkeit der Samenblasen konstatiert. Da die üblichen Behandlungsmethoden erfolglos waren, entfernte Lewis die Samenhlasen, darauf Heilung. (G.)

H. Landau (32) vertritt im Gegensatz zn Klinger die Ansicht, dass ein wenn anch starkes Einsetzen der Banchpresse nicht imstande sei, den Samenstrang in seiner Beweglichkeit zn hemmen, indem er betont, dass gerade bei heftigen Anstrengungen Hernien durch diese Banchpforten anstreten; dagegen gibt er eine indirekte Wirkung der Bauchpresse zn, da die Kremasterfasern mit ihren Stammwurzeln (Obliq. intern. und Transvers. ahdomin.) als physiologische Einheit zu gleicher Zeit arbeiten. (S.-T.)

Infolge einer Torsion des Funiculns spermaticus war hei einem Patienten nach achttägigem Bestehen einer Schwellung des Hodens eine Nekrose desselben eingetreten. Als anslösendes Moment sieht Klinger (30) eine vorausgegangene starke Einwirkung der Bauchpresse an (Tragen schwerer Säcke), während er die Grundursache, wie andere Autoren (Nicoladini, Sasse, Lauenstein) ebenfalls, in einer Anomalie im normalen Entwickelungsgange heim Descensus des Hodens sieht. (S.-T.)

E. Hermann (24) erprobte die Wirkung der Nebennierenpräparate hei interner Anwendung. In 23 Fällen von 31 war der Erfolg

nebst Anwendung der üblichen hygienisch-diätetischen Massregeln ein ausserordentlicb zufriedenstellender. Es wurden die Richterschen Tonogen-Tabletten à 0,0005 g angewendet. Abends wurden 1—4 Tabletten gereicht. Als Aushilfsmethode wird sich diese Behandlung in der Therapie der patbologischen Samenentleerungen sehr wobl bewähren. (K.)

Gestützt auf die Untersuchung von vier Fällen von Syphilis glaubt Guizetti (22) annehmen zu dürfen, 1. dass in den Hoden isolierte Degenerationen ohne Entzündungserscheinungen vorkommen können (ob als Folge der Syphilis?), 2. dass bei klinisch nur leichter Orchitis syphilitica Epithel und Samenbildung ziemlich stark beeinträchtigt werden, 3. dass nach einem geheilten Hodengumma die Samenbildung sich im konservierten Teile wieder herstellen kann und 4. dass bei Orchitis fibrosa eine vollständige Destruktion und Azoospermie entsteht. (S.-T.)

Im Anschlusse an zwei Fälle bespricht Sellei (51) Symptome und Diagnose der Spermatocele. Was die Genese derselben anbetrifft, so entsteben sie entweder durch die Dilatation der Vasa efferentia, welche sich dann später abscbnüren, oder sie entwickeln sich aus den sogenannnten Ductuli aberrantes des Nebenhodens. (K.)

Der prallgespannte Hoden wird zur Diagnosenstellung mit der Pravaz-Spritze punktiert und im Herausgehen wird aspiriert; die so erhaltene Menge genügt gerade für ein Präparat. Posner (46) hält den Eingriff für gefabrlos. In einem Falle bewegten sich die Spermatozoen, sonst waren sie bewegungslos. Bei Patienten, welche Epididymitis überstanden hatten und in deren Ejakulat keine Samenfäden waren, ergab die Punktion bis zum 12. Jahre nach der Erkrankung in bezug auf Spermatozoen häufig ein positives, in späteren Jahren meist ein negatives Resultat. (S.-T.)

Matsnoka (40) führte seine Versuche an Kaninchen, im ganzen an sieben Tieren aus. Nachdem ein Testikel mit seinen Anbängen in das subkutane Gewebe der Bauchdecke gebracht worden war, wurde nacb einigen Wochen das Vas deferens durchschnitten und die Gefässe unterbunden. In sechs Fällen trat Nekrose des Hodengewebes ein, während in allen Fällen Rete testis, Ductus efferens testis, Ductus epididymis und dessen Übergangsstelle relativ intakt blieben. (S.-T.)

Bei der von der Retentio testis zu trennenden Ektopia testis fand Lanz (33) immer den Processus vaginalis in ganzer Ausdehnung offen und häufig Hernienbildung. Bei atrophiertem, einseitig zurückgebaltenem Hoden empfiehlt er auch Kastration. Zur Fixierung des Hodens verwendet er mit Vorteil seine elastische Extensionsbehandlnng, indem er die Alhuginea des unteren Hodenpoles direkt an die Fadenscblinge legt und zu der letzteren sich eines elastischen Bandes bedient. In einem ektopischen Testikel konnte der Autor Einsprengung atypischer Drüsenepithelien konstatieren. (S.-T.)

Die Ansicht, dass der Bauchhoden häufig der Ausgangspunkt von malignen Geschwülsten sei, wird von Steinmann (54) bestritten, wobei er betont, dass jener vor den Schädlicbkeiten, welche den Leistenhoden bedroben, in hohem Masse geschützt sei; auch weist er darauf hin, dass der Bauchhoden beim Menscben normale Textur haben und normales Sperma absondern kann, und dass Tiere mit blossem Bauchhoden sich als zeugungsfähig erwiesen haben. Einen Leistenhoden, welcber, mobil gemacht, sich nicbt ins Skrotum herunterziehen liess, verlagerte er, um nicht die Kastration ausführen zu müssen, in die

Bauchhöhle. In die leere Skrotalhälfte setzte er wegen des psychischen Effektes und aus kosmetischen Rücksichten einen Paraffinhoden ein; es ist dies ein Hauptpunkt in der Operation nach Steinmann. (S.-T.)

Der linke Hoden des 30jährigen Patienten von Wyeth (66) lag im Abdomen, der rechte im Leistenkanal. Verf. konstatierte einen schmerzhaften Tumor in der rechten Seite der Bauchhöhle. Ausser Gewichtsverlust waren keinerlei Allgemeinstörungen vorhanden. Bei der Laparotomie wurde zunächst der rechte Hoden entfernt. Es zeigte sich dann, dass eine ähnliche Masse auf dem linken Beckenhoden, auf der Flexura sigmoidea des Kolon, zu fühlen war. Diese wurde ebenfalls entfernt; es handelte sich um den Hoden der linken Seite. Mikroskopische Untersuchung zeigte grosszelliges Sarkom. Patient befindet sich, vier Monate nach der Operation, vollständig gesund und hat 20 Pfund an Gewicht zugenommen. (G.)

Bei Kryptorchismus verlagert Gelpke (21) unter kräftigem Strecken des Funiculus spermaticus den Hoden in das Skrotum, macht am Grunde des letzteren ein Knopfloch, fixiert dann zuerst den inneren Teil des Hodens (an Gubernaculum Hunteri und Albuginea) mit einigen Seidenfäden an einer 3—4 cm langen Längsinzision des Oberschenkels und heftet darüber röhrenförmig die Haut des Skrotums an gleicher Stelle an. Lösung der künstlichen Verbindung nach 10—15 Tagen; Resultat gut. De Beule ist ähnlich vorgegangen. (S.-T.)

Ist der Kryptorchismus einseitig, so überdehnt Schäfer (49) nach Freilegung von Hoden und Samenstrang den letzteren stark; alsdann findet eine Luxation des anderen normal liegenden Hodens durch eine Inzision des Septums in die leere Skrotalhälfte statt, worauf derselbe an den nun heruntergezogenen, verlagert gewesenen Hoden genäht wird; beide zusammen werden hierauf in die Skrotalhälfte des gesunden Testikels verlagert und die Septumöffnung wird vernäht, soweit dies möglich ist, ohne den Samenstrang zu schnüren. Bei beiderseitigem Kryptorchismus werden beide Hoden auf gleiche Weise ins Skrotum heruntergezogen, dort aneinandergenäht und durch eine Inzision des Septums so gelagert, dass der rechte Hoden in die linke und der linke Hoden in die rechte Skrotalhälfte zu liegen kommt; nachher wird die Inzisionsöffnung, wie oben angegeben, verkleinert. (Von Gersuny geübte Methode.) (S.-T.)

Bei einem 61 jährigen, an Pneumonie verstorbenen Manne, den Romanowsky und J. v. Winiwarter (48) beobachteten, fanden sich beide Hoden in der linken Skrotalhälfte in der gleichen Tunica vaginalis propria. Ähnliche Fälle sind beschrieben von Lenhossék, Jordan, Linser. (S.-T.)

Klapp (29) empfiehlt zur Verödung der mit seröser Innenhaut bekleideten Höhlen, insbesondere der Hydrocele und der Hernie, die Reffnaht. Nach Eröffnung der Hydrocele wird die Tunica vaginalis nach Art der Darmnaht gerefft, so dass eine Verklebung der Tunica vaginalis und eine völlige Verödung der Höhle zustande kommt. Um Hämatome zu vermeiden, schlägt er vor, bei der Leistenhernie den Bruchsack nur am Halse zu lösen, ihn abzuschneiden und, mit Tabaksbeutelnaht verschlossen, zu versenken. Bei angeborenen Brüchen und bei derben, stark verwachsenen Bruchsäcken ist er mit anderen Chirurgen der Meinung, den peripheren Teil des Bruchsackes nicht zu lösen und zu

exstirpieren, sondern in seiner Lage zu belassen und ihn nach der zur Beseitigung der Hydrocele angegebenen Methode zu treffen. (S.-T.)

Butler (7a) verwirft die Behandlung der Hydrokele mit Jodtinktur oder Karbolsäure als gefährlich und unzuverlässig. Die von ihm empfohlene Methode ist ähnlich der Volkmannschen, von der sie sich nur dadurch unterscheidet, dass er die eröffnete Tunica gründlich mit Karbolsäure betupft und die Nähte, die er zwischen Tunica und äusserer Haut anlegt, erst 48 Stunden nach der Operation knotet. (G.)

Der von Griffith (21a) konstruierte Troikart hat eine Kanüle, die aus einer oberen und einer unteren Hälfte besteht. Der Troikart wird unter Kokainanästhesie eingestochen, bis das Instrument in der gegenüberliegenden Haut hervorragt, das Leitstück herausgezogen und durch die mit einem Irrigator verbundene obere Kanüle heisses Wasser (120—160° F.) in den Hydrocelensack einlaufen gelassen, während die Öffnung der unteren Hälfte geschlossen ist. So kommt es zu einer gründlichen Entfaltung und Irrigation des Sackes mit heissem Wasser, das dann nach einiger Zeit durch die geöffnete Kanüle abgelassen wird. Durch die Heisswasserirrigation wird auf die empfindliche endotheliale Auskleidung der Tunica ein Entzündung verursachender Reiz ausgeübt. (G.)

Friedmann (18) untersuchte 7—8 Tage alte Embryonen von Kaninchen und Meerschweinchen auf Tuberkelbazillen, nachdem er vorher jeweilen das eine oder das andere des Elternpaares mit Bazillen infiziert hatte. Beiden Männchen wurden Tuberkelbazillen in das Vas deferens, in die Hoden oder in die Lunge gebracht; bei den Weibchen wurden sie subkutan, intraperitoneal oder intravenös einverleibt, einmal auch per vaginam post cohabitationem. Der Befund war nach Infektion der Samenleiter positiv, nach Infizierung der Hoden nur, wenn sie nicht später als vier Wochen vor der Konzeption stattfand; bei positiver Lungeninfizierung der Böcke waren die Embryonen stets bazillenfrei. Die Resultate nach Infektion der Muttertiere waren inkonstante. — Ausführliche Literaturübersicht. (S.-T.)

Durch subkutane Injektion einer Euphorbium-Glyzerinemulsion über der erkrankten Partie bei der Genital-, speziell der Hodentuberkulose bildet sich nach Pénières (44) jeweilen ein tiefgreifendes Ödem, nach dessen Resorption er immer ein deutliches Schwinden der tuberkulösen Wucherungen konstatieren kann. (S.-T.)

Bei beginnender Hoden- und Nebenhodentuberkulose infiziert Djalil Khan (13) parenchymatös Lösungen von Chlorzink und Jodoformäther; bei weiter fortgeschrittenen erhält er gute Resultate von tiefgehenden Ignipunktionen und nachherigem Einlegen von Jodoformstäbchen. (S.-T.)

Strandgaard (56) plädiert für die zeitige Exstirpation der kranken Epididymis mit deren Vas deferens unter Zurücklassung der gesunden Hoden, sich auf 12 Beobachtungen aus Rovsings Klinik stützend. Fünf Fälle von unkomplizierter Genitaltuberkulose wurden auf diese Weise zur Heilung gebracht (Beobachtungsdauer bis zu 6 Jahren); in sieben Fällen von Urogenitaltuberkulose hat die Operation auf ihrem Gebiet alles geleistet, was zu erwarten war, indem kein lokales Rezidiv eingetreten ist, doch war in fünf Fällen der Prozess in den Harnorganen soweit vorgeschritten, dass die Kranken später an ihrer Tuberkulose starben. Wichtig ist es, dass der proximale Stumpf des Vas deferens

in den obersten Wundwinkel eingenäht wird; ein eventuelles Rezidiv hier lässt sich dann leicht zerstören. Die Epididymektomie ist eine Operation, die, rechtzeitig ausgeführt, die Kastration überflüssig macht, therapentisch dieselbe Wirkung ausübt und den Patienten die Folgen der Kastration, die „Ausfallerscheinungen“ und psychischen Störungen erspart. (R.)

Die konservative Behandlung wird von Calot (9) vorgezogen; er hat gute Erfolge mit parenchymatösen Injektionen von Naphtholkampfer in Glyzerin gelöst. (S.-T.)

Der 27jährige Patient von Haynes (23), dem wegen Tuberkulose der Epididymis der linke Hode entfernt worden war, erkrankte einige Monate später mit einem tuberkulösen Herde in dem Schwanze des rechten Nebenhodens. Unter Kokain wurden der Schwanz und der Körper des Nebenhodens entfernt und das Vas deferens in den Kopf des Nebenhodens, der gesund befunden wurde, eingepflanzt. Die dadurch hergestellte Anastomose erfüllte indessen ihren Zweck nicht, da die spätere Untersnchung des Spermas keine Spermatozoen zeigte. (G.)

Belfield (3a) verlangt, dass akute Epididymitis, ob durch Tripper oder andere Ursachen bedingt, als Eiterprozess nach chirurgischem Prinzip mit Inzisionen nnd Drainage behandelt wird. Dies gilt in allen schweren Fällen, namentlich wenn akute Hydrocele und Ödem des Hodensacks als Begleiterscheinungen bestehen, da diese immer nntrügliche Symptome einer Eiterung seien. Verf. bespricht ferner die von ihm geübte Behandlung des Vas deferens und der Samenblasen, bestehend in Irrigationen derselben durch eine in das Vas, oberhalb des Nebenhodens eingeführte Nadel. Er fand an Leichen, dass, wenn auf diese Weise Berlinerblan eingespritzt wnrde, das injizierte Vas und die Samenblasen ausgedehnt und blan verfärbt waren. (G.)

A. Müller (41) beschreibt ein Dermoid oder Embryom des Hodens bei einem zweijährigen Knaben unter Berücksichtigung der Literatur. (S.-T.)

In ausführlicher Beschreibnng und nnter Hinweis auf die Literatur vertritt Emanuel (16) den Standpunkt, dass die von ihm in Hodentnmoren gefundenen chorioepitheliomartigen Wucherungen als Teratome aufzufassen seien. (S.-T.)

Der 35jährige Patient Woods (65) wurde von einer Transmissionswelle erfasst. Es wurden ihm die Kleider vom Leibe gerissen und mit denselben der Hodensack, der linke Hoden und die gesamte Haut des Penis, während der rechte Hoden am Samenstrang aus der Wunde heraushing. Heilung mit Erhaltung der Geschlechtsfunktion durch eine plastische Operation. (G.)

LXII.

Geschlechtsleben, Sexuelle Psychopathie, Sterilisation, Hypospadie.

Bearbeitet von **Hopf**-Dresden, mit Beiträgen von **Hudovernig**-Budapest, **Kanitz**-Klausenburg (im Auftrage von **v. Marschalkó**-Klausenburg) und **Schiele**-St. Petersburg.

Literatur:

1. Amann, Grösserer Messingleuchter zu masturbatorischen Zwecken in die Vagina eingeführt und operativ entfernt. 11. Kongr. der Deutsch. Ges. f. Gynäkol. (Das Wissenswerte des Vorganges ist aus der Überschrift zu entnehmen.) (Ho.)
2. Aufrecht, Zusammensetzung der antikonzeptionellen Mimi-Tabletten und antiseptischen Sanitaskugeln. Pharmazeut. Zeitung. S. 41.
3. Bayer, Die Menstruation in ihrer Beziehung zur Konzeptionsfähigkeit. 30 S. 1 Fig. Strassburg 1906, Schlesier u. Schweickhardt.
4. Bucura, C. J., Geschlechtsverhältnis der Neugeborenen mit besonderer Berücksichtigung der mazerierten Kinder. Zentr.-Bl. f. Gynäkol. 30. September.
5. van der Burg, C. L., Bemerkung zu dem Artikel vom Glogner: „Über den Eintritt der Menstruation bei Europäerinnen in den Tropen." Arch. f. Schiffs- u. Tropenhygiene. S. 465.
6. Caro, Beziehungen der Schilddrüse zu den Genitalorganen und zur Schwangerschaft. Berliner klin. Wochenschr. S. 310.
7. Chapotin, A., Menstruation tardive et fécondité. Thèse de Paris.
8. Chrobak, R., Über künstliche Sterilisierung. Zentr.-Bl. f. Gynäkol. 27. Mai.
9. Corning, J. L., Erotomania; considerations on its manifestations and pathogenesis. Amer. Medicine. 21. Januar.
10. Cullerre, A, De l'excitation sexuelle dans les psychopathies anxieuses. Arch. de neurol. Febr.
11. Donath, Julius, Zur Psychopathologie der sexuellen Perversionen. Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankheiten Bd. 40. S. 435.
12. Derselbe, A nemi perversiok psychopathologiájához. (Zur Psychopathologie der sexuellen Perversionen.) Közegészségügyi kalauz. Nr. 5. S. 3.
13. Ellis, Havelock, Studies in the psychology of sex. — Sexual selection in man. Philadelphia. F. A. Davis Company.
14. Féré, Ch., La castration contre l'inversion sexuelle. Rev. de chir. März.
15. Derselbe, Quelques mots sur l'onanisme. Ann. des mal. des organes gén.-urin. 15. April.
16. Derselbe, Note sur une anomalie de l'instinct sexuel gérontophilie. Journ. de neurol. 20. Mai.
17. Fichera, G., Sulla ipertrofia della ghiandola pituitaria: consecutiva alla castrazione. Policlinico, partie chir. 12. 6 u. 7.
18. Francillon, Mlle. M., Essai sur la puberté chez la femme; étude de psychophysiologie féminine Thèse de Paris.
19. Freund, W. A., Entwicklung und Zurückbleiben der Eileiter auf infantiler Stufe. Oberrhein. geburtsh. Ges. 5. III.
20. Gaucher, F., Cas de virginité anatomique absolue dans un mariage fréquemment consommé. Gaz. méd. de Nantes. 3. Juni.
21. Giraud, La femme enceinte et la fille-mère; étude de sociologie biologique. Thèse de Bordeaux.
22. Glogner, Max, Über den Eintritt der Menstruation bei Europäerinnen in den Tropen. Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene. S. 337.
22a. Götzfried, Eugen, Die Formen des Hymens bei Erwachsenen und Neugeborenen. Diss. München.
23. Goffe, J. R., Sterility in women; the pathological affections of the ovaries and tubes that produce it, and their treatment. New York med. Journ. 26. August.

24. Graupner, Infantile Genitalorgane eines erwachsenen Mannes. Schles. Ges. f. vaterländ. Kultur in Breslau. 12. V.
24a. Grisslich, Otto, Ein Fall von Osteomalacie sechs Jahre nach doppelseitiger Kastration. Diss. Freiburg i. B.
25. Gross, Fr. et Sencert, L., Décollement épiphysaire chez un castrat naturel adulte. Soc. de biol. 28. Jan.
26. Dieselben, Lésions du squelette chez un castrat naturel. Rev. de chir. November.
27. Guibert, G., Le mariage et ses conséquences au point de vue de l'hygiène publique. Thèse de Paris.
28. Halberstädter, Ludw., Die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf Ovarien. Berliner klin. Wochenschr. S. 64.
29. Hammer, Wilh., Über Prostitution und Homosexualität, zugleich ein Beitrag zur Lehre von den Enthaltsamkeitsstörungen. (Aus Mon.-Schr. f. Harnkrankh. u. sex. Hygiene) Leipzig, Verl. der Mon.-Schr.
30. Hammerschlag, Indikationen und Methoden der Sterilitätsbehandlung. Ost- u. westpreuss. Ges. f. Gynäkol. 3. VI. (Nichts besonderes.) (Ho.)
30a. Hartmann, Karl, Über Vaginismus. Diss. Bonn.
31. Hegar, Alfr., Entwicklungsstörungen, Fötalismus und Infantilismus. Münch. med. Wochenschr S. 737.
32. Derselbe, Heutiger Stand der Lehre vom Infantilismus. Oberrhein. geburtshülfl. Ges. 5. III.
32a. Hergesell, Georg, Das zeitliche Verhalten der Ovulation zur Menstruation. Diss. Leipzig.
33. Jakobsohn, L., Polewoje woedershanie. (Sexuelle Abstinenz.) Russky Wratsch. (Der russ. Arzt) 18. (Nichts Bemerkenswertes.) (Sch)
34. Kendle, F. W., Case of precocious puberty in a female cretin. Brit. med. Journ. 4. Februar.
35. Kisch, Heinr., Über Feminismus männlicher lipomatöser Individuen. Wiener med. Wochenschr. S. 365.
36. Derselbe, Über Wellenbewegung pathologischer Prozesse im Sexualleben des Weibes. Wien. med Presse. 28. Mai.
37. Koblanck, Hydrotherapie und funktionelle Störungen der weiblichen Genitalorgane. Berliner klin. Wochenschr. S. 493.
38. Köster, Fall von Gynaecomastia unilateralis ohne anderweitige Anomalitäten. Mediz. Ges. zu Leipzig. 31. I.
39. Kolischer, G., Sexual frigidity of women. Amer. Journ of Obstetrics. September.
39a. Kramer, Alfred, Unsere heutigen Anschauungen über Menstruation und Ovulation nebst Statistik über das erste Eintreten der Menstruation. Diss. Bonn.
40. Küstner, Otto, Zur Indikation und Methodik der Sterilisation der Frau. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. S. 279. Gynäkol. Ges. in Breslau. 21. II. (Disk: L. Fraenkel, Asch, Baumm, Courant, Schiller, Biermer.)
41. Lenz, Otto, Untersuchungen über die Progenitur Thyreopriver. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 45. S. 208.
42. Mackenroth, Fall von echter weiblicher Hypospadie. Berl. medizin. Ges. 25. I.
43. Derselbe, Fall von Hypospadia feminina bei völlig ausgebildeten inneren Genitalien. Ges. f. Geburtsh. u. Gynäkol. zu Berlin. 10. III.
44. Müller, E., Über die Beeinflussung der Menstruation durch cerebrale Herderkrankungen. Neurol. Zentr.-Bl. 1 September.
45. Näcke, P., Abnahme der Geburten. Arch. f. Krimin.-Anthropol. u. Kriminalist. Bd. 18. S. 356.
46. Derselbe, Die Gatten-, Eltern-, Kindes- und Geschwisterliebe. Arch. f. Krimin.-Anthropol. u. Kriminalist. Bd 20. S. 103.
47. Derselbe, Höhen und Tiefen in der homosexuellen Welt. Arch. f. Krimin.-Anthropol. u. Kriminalist. Bd. 18. S. 360.
48. Derselbe, Kastration gegen Homosexualität. Arch. f. Krimin.-Anthropol. u. Kriminalist. Bd. 18. S. 352.
49. Neubauer, Anton, Fall eines besonders weit Effeminierten. Arch. f. Krimin.-Anthropol. u. Kriminalist. Bd. 20. S. 53.
50. Novotny. Verdopplung der Glans penis mit Andeutung von Hypospadie. 77. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte, Abt. f. pathol. Anat. u Pathol.
51. Pierre-Nadal, Autour de la dépopulation. Thèse de Bordeaux
52. Porosz, M., Az onania következményeiröl. (Über die Folgen der Onanie.) Gyógyászat. Nr. 10, 13, 16, 22.

53. Reifferscheid, K., Zur Methodik der Sterilisation. Zentr.-Bl. f. Gynäkol. 13. Mai.
54. Sarwey, O., Über Indikationen und Methoden der fakultativen Sterilisierung der Frau. Deutsche med. Wochenschr. S. 292.
55. Schaeffer, Statistische Mitteilungen über Beginn, Dauer und Erlöschen der Menstruation. Ges. f. Geburtsh. u. Gynäk. zu Berlin. 10. XI.
55a. Scherer, Max, Über die Geistesstörungen beim Zeugungs- und Fortpflanzungsgeschäft des Weibes. Diss. Kiel.
56. v. Sigmund, Die Behandlung der sexuellen Frage im naturwissenschaftlichen Unterricht. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl. S. 256.
57. Stoart-Walker, A., The decrease in the birth-rate. Edinburgh med. Journ. März.
58. Stolper, Über Habitus femininus bei Hodenatrophie. Med. Ges. in Göttingen. 8. VI.
59. Strasser, Adrian, Masturbation im Kindesalter. Wien. med. Bl S 3?3.
60. Derselbe, Masturbation in childhood. Med. Record. Vol. 67. S. 934.
61. Trendelenburg, Kind mit Epispadie, bei welchem die Operation Kontinenz erzielte. Med. Ges. in Leipzig. 11. VII. (Nichts zu erwähnen ausser dem, was aus der Überschrift ersichtlich ist). (Ho.)
62. Vaschide, N. et Vurpas, C., Essai sur la psychologie de l'impulsion sexuelle. Journ. de neurol, 5. Februar.
63. Vulliet, H., Eine einzeitige Operation der Hypospadia penis und penoscrotalis mit voranagehendem Perinealschnitte. Zentr.-Bl. f. Chir. 5. August.
63a. Walther, Otto, Fetischismus und Psychose. Diss. Rostock.
64. Weill, L., Beitrag zur differentiellen Entwicklungsmechanik des Geschlechts. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. S. 285.
65. Derselbe, Künstliche Züchtung des Geschlechts. XXII. Kongr. f. innere Med.
66. L'influence de la menstruation sur l'organisme général de la femme. Sem. méd. S. 504.
67. La stérilisation facultative de la femme. Sem. méd. S. 114.

Der Unterricht muss nach v. Sigmund (56) in den unteren Klassen bezüglich der sexuellen Frage analytisch verfahren. Die Entstehung und Fortbildung des neuen Individuums im Mutterorganismus muss an Pflanzen und Tieren vorgeführt werden. Der Kopulationsvorgang soll dabei zuerst ausser Betrachtung bleiben. In den oberen Klassen, bei denen die Begattung und Zeugung zu erwähnen ist, hat der Unterrichtende synthetisch vorzugehen. Begonnen wird hier mit der Lehre von den Pflanzen und allmählich von den niederen Tieren zu immer höheren Arten vorgeschritten. Wichtige Begriffe der Lehre vom Leben, wie Vererbung, natürliche Auslese, Kreuzung, Inzucht, Anlockung durch äussere mit der Gestalt oder dem Wesen verbundene Reizmittel wären dabei zu erwähnen. In dem Stadium derart genügend erfolgter Vorbereitung tritt dann der Schularzt in seine Rechte, der alle Seiten des gesunden und krankhaften Geschlechtslebens des Menschen durchzusprechen hat. Elternabende sind zu empfehlen, um Vater und Mutter über dies oft vernachlässigte Gebiet zu unterrichten und sie als unterstützende Kräfte der Ausbildung heranzubilden. (Ho.)

Näcke (46) glaubt, dass moralische Eigenschaften, Charakter und Gwisseen dem Menschen nicht angeboren, sondern sekundäre Bildungen der Entwickelung und Erziehung sind. Angeboren ist nur die Richtung. Eine stark ausgeprägte positive oder negative Richtung kann allerdings durch Umgebung und Erziehung nicht wesentlich abgeändert werden. Beim Durchschnittsmenschen ist freilich das angeborene Moment kein starker Faktor und unterliegt meistens den Einflüssen der Umgebung. Alle Abarten der Liebe bis zur Freundschaft und Nächstenliebe sind ausnahmslos der sexuellen Liebe entsprungen, desgleichen die davon abgeleiteten sozialen Gefühle, Kunst, Ästhetik, Religion. „Indem

die Geschlechtsliebe sich anf ein höheres Niveau erhob, nicht mehr bloss in sexueller Befriedigung ibr Genügen fand und znm dauernden Anschluss an Fran und Kinder führte, ward der Grnnd zur Familie gelegt.“ Ans dem Fortpflanzungsinstinkt entstand allmählich die Gattenliebe. Zur Anferziehung eines nenen Geschlechts wurde das Weih mit der Mutterliebe ausgestattet, die hei Tieren vielfach nur his zn der Zeit dauert, wo die Jungen selbständig werden, während die Liehe der Mutter heim Menschen ja his zu deren letztem Atemzuge reicht. Die Vaterliebe entwickelte sich erst später mit dem Anftreten der festen Ehe. Ist sie ein Instinkt oder nicht vielmehr eine „vergeistigte Eigentnmsliebe“? Dass die Vaterliebe die Mntterliebe an Stärke nicht erreicht, beweisen die Beohachtnngen hei ausserehelichen Verhältnissen. Älter als die Vaterliebe, aher jünger als die Mntterliebe, ist die Liebe des Kindes zur Mutter. Erst später folgt ihr die Liehe znm Erzeuger, noch später erst die Geschwisterliebe. „Phylogenetisch hat sich die Gattenliebe wohl am spätesten entwickelt.“ Sie stellt einen veredelten Instinkt dar, welcher zuerst nnr in der Geschlechtsbefriedigung wnrzelte. Nach Fritz Schultze hat sie einen grossen Wert für die Erhaltung der Art. Bei Naturvölkern besteht stets die Mutterliehe, aher fehlt oft die Gattenliebe. Vater- nnd Kindesliebe stehen bei den Natnrvölkern auch nicht auf der Höhe. Die Reihenfolge der Liebesarten nach ihrer Entstehung, nämlich Geschlechtsliebe, Mutter-, Kindes-, Gatten-, Vater- nnd Menschenliebe heweist den geschlechtlichen Ursprung aller Liebesformen. Auch andere Beweise lassen sich ins Feld führen. Das Trinken der Kinder an der Brust der Mntter bereitet dieser ein zuweilen wollüstiges Empfinden. Eine Wechselbeziehung zwischen Brustwarze nnd Genitalien ist nicht zu leugnen. Auch der Umstand ist hier zu erwähnen, dass sich die Mütter und Söhne, die Väter und Töchter, die Schwestern nnd Brüder vielfach besonders zneinander hingezogen fühlen. Der Vater, der hei der Zeugung oft nnr dem Triehe folgt, hat einem ungeschriebenen Naturvertrag gemäss die Pflicht, das Kind anch zn nnterhalten. Erst wenn er mehr als dieses gegenüber dem Kinde tnt, werden in der Seele des Kindes die Gefühle von Dankharkeit und Anhänglichkeit ausgelöst. Im anderen Falle bleihen diese gänzlich oder zum Teil ans. Nicht immer braucht in der Kindesseele Liehe zn den Eltern zu entstehen. An ihrer Stelle hesteht vielleicht Hochachtung und Dankharkeit in solchen Fällen, wo die Seelenrichtungen von Eltern und Kind nicht zusammenterffen. Bei der Liehe zur Mutter sind die Bande der Natur allerdings recht innige, entsprechend der grossen Liehe der Mutter znm Kinde. Letztere lässt freilich, z. B. hei unehelichen Müttern, anch oft zu wünschen ührig. Bei vielen derselben entstammt ein solches Kind ja nnr fleischlichen Gelüsten. Ist das kleine Wesen da, so ist es der Mutter vielfach hinderlich an der Arheit, am Gelderwerh, am Heiraten u. a. Es wird zu fremden Leuten gegehen. Kann eine solche Mutter vom Kinde gelieht werden wie die eheliche Mutter, die ihr ganzes Sein dem Kinde weiht? Oft entsteht hei unehelichen Kindern sogar Hass gegen ihre Mütter. Bei Weltdamen, die sich ihren ehelichen Kindern vor lauter Unterhaltungen, Gesellschaften, Festen, Theater und Reisen nicht genug widmen, erleht man es oft anch, dass die Liehe zu den Kindern gering ist, wie auch die Liebe der Kinder zn solchen ehelichen Müttern eine nur schwache sein kann. Ans den ührigen Ausführungen Näckes dürfte noch zu erwähnen sein, dass es ihm scheinen will, als ob im allgemeinen mit der Zahl der Kinder die Eltern- nnd Kindesliebe ahnähme. „Wir

stellen", so sagt Näcke, „die Liebe und ihre Abarten nicht als ein Absolutes hin, als ein unbedingtes Erfordernis, wie es die Theologie will, sondern nur als ein bedingtes, womit wir eben die Umwertung resp. die richtige Bewertung jener Begriffe verstanden wissen wollen. Wir erkennen also z. B. das vierte Gebot nur bedingt an!" (Ho.)

Die stärkere Geschlechtszelle ist nach Weill (64) ausschlaggebend. Ihre Stärke hängt ab von ihrer kinetischen Energie, also von Masse und Geschwindigkeit. Erstere überwiegt bei der weiblichen, letztere bei der männlichen Keimzelle. Alles, was die Masse der Zelle zu vermehren geeignet ist, gibt einen Ausschlag fürs weibliche Geschlecht. Das Gegenteil gilt bei Stärkung der kinetischen Momente. Eiweiss gibt Masse, Kohlehydrate Energie. Ein mit Kohlehydraten gefütterter Eber zeugte viel mehr männliche Junge als ein mit Eiweiss gefüttertes Tier. Alkohol lähmt die kinetische Energie (nach Referat von Zuntz). Alkoholiker weisen darum oft Mädchenüberschuss auf. (Ho.)

Viele Länder, nicht Frankreich allein, klagen über Geburtenabnahme. Neuerdings versucht man, als Ursache dafür das Aussterben der kinderreichen Familien hinzustellen. Nach Näcke (45) ist möglicherweise der Kinderreichtum erblich, wobei wohl auch gewisse Rasseeigentümlichkeiten (Juden) mitsprechen. Bleiben Mädchen aus kinderreichen Familien ledig, so nehmen die Geburten numerisch ab. Dies Unverheiratetbleiben kommt aber im Volke der unteren Schichten seltener vor, als in den oberen Klassen. Man bevorzugt hier Mädchen aus kinderarmen Familien. Diese werden der Wahrscheinlichkeit nach so wiederum eine kinderarme Familie begründen helfen. Vielfach tritt freiwillige Beschränkung hinzu, vielfach sind auch venerische Krankheiten im Spiele, welche der Kindererzeugung hinderlich sind. Aber auch in den unteren Schichten hat der Kinderreichtum mit dem steigenden Zuge vom Lande weg in die Stadt, wo Elend, Alkohol, Venerie, Tuberkulose und Unzucht zu Hause sind, abgenommen. So wird die Produktionskraft auch solcher Personen beeinträchtigt, die aus kinderreichen Familien herstammen. Im Altertum dürfte diese letztere Erscheinung geringer gewesen sein, da es noch nicht soviel grosse Städte gab, auch die Syphilis wohl noch nicht existiert haben mag. Im allgemeinen kann man allerdings sagen, dass mit zunehmender Kultur die Geburtenzahl abnehmen muss. So lange das aber in mässigen Grenzen bleibt, braucht man sich nicht deshalb zu sorgen. (Ho.)

Collin hat angegeben, dass bei frischtoten Kindern auf 1000 Mädchen 1475 Knaben entfallen, bei faultoten Kindern aber nur 952 Knaben gegen 1000 Mädchen zu finden seien. Bucura (4) untersuchte nun in dieser Richtung die Verhältnisse bei 40169 Kindern, die innerhalb von zwölf Jahren in der Chrobakschen Klinik zur Welt kamen. Es waren 20830 Knaben und 19339 Mädchen. Lebend kamen zur Welt 37808 Kinder, und zwar 19486 Knaben und 18322 Mädchen. Totgeboren wurden davon 2361 Kinder, nämlich 1344 Knaben und 1017 Mädchen. Faultot kamen zur Welt 748 Kinder, nämlich 401 Knaben und 347 Mädchen. 32 cm lang und darüber waren von diesen letzteren 571 Kinder, nämlich 291 Knaben und 280 Mädchen. Unter 32 cm waren 177 Kinder, nämlich 110 Knaben und 67 Mädchen. Es kamen also bei der Gesamtzahl der Geburten auf 1000 Mädchen 1076 Knaben, bei der Gesamtzahl der Lebendgeborenen (94,1 %) der Gesamtzahl) 1063 Knaben, bei den binnen der ersten Woche Gestorbenen (2,8 %) 1095 Knaben. Totgeboren

wurden 5,8 %. Auf 1000 Mädchen entfielen dabei 1321 Knaben. Von den Totgeborenen waren 31,7 % faultot, und zwar auf 1000 Mädchen 1155 Knaben. Bei den faultoten Kindern unter 32 cm entfielen 1641 Knaben auf 1000 Mädchen, bei den anderen faultoten Kindern 1040 Knaben auf 1000 Mädchen. Die Zahlen stimmen also mit Collins Angaben nicht überein. Auch bei den faultoten Kindern überwiegen die Knaben bedeutend. Dies ist aber wahrscheinlicherweise nur ein Zufall. Von den 748 Müttern mazerierter Kinder wiesen nur 37 sekundäre Syphilis auf, während in 19 Fällen die Krankheit anamnestisch sichergestellt war. 11 Mütter wiesen Leukoderma und ähnliche Erscheinungen auf. Zieht man alles in Betracht, so ergibt sich ein Prozentsatz von 10 für die Syphilis der Mütter faultoter Kinder. (Ho.)

Durch Bestrahlung mit X-Strahlen nur einer Seite von Kaninchen stellte Halberstaedter (28) an fünf Versuchstieren fest, dass die Eierstöcke der bestrahlten Seite nicht sowohl einen geringeren Umfang, als die der unbestrahlten Seite aufwiesen, sondern auch dass die Graafschen Follikel bei mikroskopischer Betrachtung sich als verschwunden erwiesen. Es lassen sich aus diesen Befunden gewisse Rückschlüsse für die Praxis ziehen. (Ho.)

Glogner (22) sah in Niederländisch-Indien bei 25 in den Tropen geborenen rein europäischen Kindern die Menses 18mal zeitiger einsetzen, als man für europäische Verhältnisse als normal bezeichnen kann, und glaubt an einen Erfolg einer gewissen Akklimatisation des Organismus in dieser Richtung. (Ho.)

Grösse und Gewicht der Schilddrüse sind nach Caro (6) bei der Geburt relativ am stärksten entwickelt. Sie umfasst $^1/_{400}$—$^1/_{500}$ des Gesamtgewichts. Mit steigendem Alter atrophiert die Drüse. Daraus schloss man, dass sie eng mit Stoffwechsel und Wachstum zusammenhänge. Bei Erkrankungen der Schilddrüse zeigt sich bald atheromatöse und amyloide Entartung. Die senile Schwäche ist als chronisches Myxödem aus gleichen Erwägungen heraus bezeichnet worden. Die Drüse ist bei der Frau relativ grösser als beim Mann, infolgedessen wohl auch ein wichtiges Organ bei der Frau. Ihre Grösse wechselt zuweilen nach gewissen sexuellen Ereignissen, wie Menstruation, Gravidität, sogar nach Defloration oder bei Amenorrhoe. Teils ist dabei ein einfacher Turgor, teils eine wirkliche Hyperplasie im Spiele. Besonders während der Schwangerschaft tritt die stoffwechselentgiftende Wirkung der Thyreoidea in Erscheinung. Allerdings genügen gewisse Reste der Drüse vollauf zu dieser Regulierung. Caro entfernte trächtigen Hündinnen $^7/_8$ der Schilddrüse, und doch machten alle Tiere eine normale Trächtigkeit durch und blieben auch nach dem Wurf am Leben. Gleichwohl lässt sich nicht bestreiten, dass das kleine Organ der Schilddrüse für Nervensystem, Wachstum und Regulierung der Stoffwechselgiftbildung von grösstem Einfluss ist. (Ho.)

Lanz (41) war der erste, welcher die Frage nach der Nachkommenschaft der Schilddrüsenlosen aufwarf. Er stellte seit 1894 umfangreiche Untersuchungen in dieser Richtung bei verschiedenen Tierarten an. Zwei Hühnern des gleichen Nestes wurde die Schilddrüse entfernt. Eines erlag dem Eingriff. Das andere legte einige Monate darauf ein nur 5 g schweres Ei, während die der anderen Hühner desselben Nestes 50—60 g schwer waren. Ein anderer Versuch zeigte, dass eines von neun selbstgezogenen 1 $^1/_2$jährigen Hühnern, das mit seinem Futter täg-

lich 30 g Schilddrüse erhielt, dreimal soviel Eier legte wie die Kontrollhühner. Acht Kaninchen von zwei verschiedenen Würfen wurden teilweise der Hauptschilddrüse allein, teilweise auch noch der einen oder der beiden Sandströmschen Nebenschilddrüsen beraubt. Alle Tiere, weibliche wie männliche, gingen daraufhin bald zugrunde, ohne das fortpflanzungsfähige Alter zu erreichen. Bei Katzen führte die Thyreoidektomie stets, bei Hunden meisteuteils durch akute Tetanie zum Tode der Versuchstiere. In einigen Fällen blieben Hunde allerdings am Leben. Diese Tiere wiesen nie mehr Erektionen auf. Thyreoidektomierte Hündinnen, mit normalen Hunden zusammengebracht, wurden nicht trächtig. Nur in einem Falle, wo ein der Schilddrüse beraubter Hund, der dadurch in Kachexie verfallen war, einen Monat lang zu einer thyreoidektomierten Dachshündin gebracht worden war, kam es zu einem Wurf zweier toter Hunde von normaler Grösse, ohne Schilddrüsenvergrösserung bei letzteren. Junge Böcklein, die man in frühester Jugend thyreoidektomiert, sind, falls sie das Alter der Fortpflanzungsfähigkeit erreichen, impotent. Die Genitalien sind klein und schlaff. Der Bocksgeruch tritt nur spät und schwach auf. Für weibliche Tiere gilt bezüglich der Fortpflanzung das gleiche. Nimmt man den Ziegen ihre Schilddrüse in schon fortpflanzungsfähigem Alter, so wird diese Fähigkeit aufgehoben oder herabgemindert. Jedenfalls konzipiert bei totaler Exstirpation der Schilddrüse die thyreoprive Ziege vom thyreopriven Bock nur selten und auch nur dann, wenn die Kachexie keine besonders ausgesprochene ist. Kachektische Muttertiere warfen Junge von kretinoidem Typus. Lanz berichtet zum Schluss von einem 28jährigen Manne und von einer Frau, denen beiden vor dem Jahre 1883 die Schilddrüse total entfernt worden war. Der erstere, ein richtiger Kretin geworden, ist ein geschlechtlich absolut indifferentes Wesen. Unter Schilddrüsentherapie besserte sich sowohl sein Allgemeinzustand als auch stellten sich sexuelle Regungen ein, die sogar zur Heirat führten. Bei der thyreopriven Frauensperson fehlten die Menses absolut. Sie traten aber nach Schilddrüsendarreichung ein. In einigen Fällen starker krankhafter Veränderungen der Schilddrüse bei der Mutter oder in der Familie überhaupt wiesen die Kinder relativen oder absoluten Kretinismus auf. (Ho.)

Nach den Beobachtungen Kischs (26) treten gewisse pathologische Erscheinungen, wie Herzbeschwerden, seelische Störungen, Bleichsucht und Dermatosen, welche während der beginnenden Geschlechtsreife sich gezeigt haben, wieder stark zurück, sobald die Menstruationsvorgänge ihre Höhe und Regelmässigkeit erreicht haben. Mit der beginnenden Menopause dagegen stellen sie sich oft wieder in stärkerem Masse ein. (Ho.)

In fünf Fällen anhaltenden Ausbleibens jeder Menstruation fand Müller (44) später Hirntumoren und ist geneigt, beide Prozesse in ätiologische Verbindung zu bringen. (Ho).

Die Amenorrhoe ist nach Koblanck (37) nicht immer eine chlorotische. Sie hat vielfach ihre Ursache in masturbatorischen Reizungen. Sind im ersteren Fall Eisenwässer und Stahlbäder zu empfehlen, so in letzterem laue Bäder, Wasserprozeduren und reizlose Kost. Zu warnen ist vor gynäkologischer Massage. Die Menorrhagie wird häufig durch Coitus interruptus oder condomatosus bedingt und beruht auf fungöser Endometritis (Olshausen) nicht infektiöser Natur. Aufklärung und Hydrotherapie sind hier als Therapie indiziert. Auch die Unfruchtbarkeit lässt sich durch Wasserbehandlung heben. Wo nicht der Fehler beim Manne oder in anatomischen Anormalitäten bei der Frau liegt, ist

die Sterilität oft nicht sowohl in Frigidität, infolge Mangel an Empfindung, begründet, als vielmehr infolge anormaler Empfindung durch Überreizung. Auch hier ist Hydrotherapie angezeigt. (Ho.)

Einige Fälle von weiblichem Habitus bei Männern mit Atrophie ihrer Geschlechtsdrüsen schildert Stolper (58). Der Wechselwirkung zwischen der Beschaffenheit der Hoden und der Körperformation wie dem Knochenbau wird man vermehrte Aufmerksamkeit zuwenden müssen. (Ho.)

Hereditäre, schon in ganz jugendlichem Alter auftretende Fettsucht, welche nach Kisch (35) wohl von der durch Mästung oder Herabsetzung der Verbrennungsvorgänge hervorgerufenen, künstlich erzeugten Form späterer Lebensjahre zu unterscheiden ist, muss als ein „eigentümlicher nutritiver Ausdruck von Degeneration“ angesehen werden. Besonders feminine Degenerationsformen sind bei männlichen Trägern dieser hereditären Lipomatose zu beobachten. Die Individuen weisen allgemein weiblichen Habitus, Rundung der Schultern, starke Brüste, bartloses Gesicht und häufig Atrophie oder Kleinheit des Geschlechtsteiles und der Geschlechtsdrüsen auf. Die Triebe sind dabei männlicher Natur, heterosexuell, doch wirkt das Bewusstsein femininen Einschlages bei den Individuen sexuell niederschlagend, was zu dem oft schüchternen Wesen passt. Die Potenz zum Beischlaf wie zur Zeugung kann herabgesetzt sein. Andere Entartungszeichen werden auch bei diesen Personen beobachtet, so Deformitäten am Kiefer, Zähnen, Ohren oder allgemeiner Gigantismus. Kisch sah Feminismus unter 238 für diesen Gesichtspunkt verwendeten Fällen allgemein hochgradig fettsüchtiger Männer 24mal, also in 10% der Fälle. Der Prozentgehalt schnellt aber auf 77% in die Höhe, wenn man allein die von Geburt oder von der allerfrühesten Kindheit an beginnende Fettsucht in Rechnung stellt und nicht die später aufgetretene. (Ho)

Ein 27 Jahre alter Patient Graupners (24) mit Lungenschwindsucht zeigte vollkommen kindliche Geschlechtsteile wie etwa bei einem Knaben von fünf Jahren. Die Vorsteherdrüse war ebenfalls sehr klein. Pubes fehlten. (Ho.)

Die Entwickelung umfasst, wie Hegar (31) ausführt, Differenzierung, das ist das Fortschreiten in der Form und Wachstum, die Zunahme an Umfang und Gewicht. Beides braucht nicht stets gleichzeitig zu erfolgen. Ein Uterus bicornis kann normale, ja übernormale Grösse erreichen. Un dein Mensch kann ein wohl differenzierter, aber im Wachstum zurückgebliebener Organismus sein, wie wir ihn beim Zwerg vorfinden. Gewisse Störungen treffen schon die Frucht. Man fasst sie unter dem Begriff Fötalismus zusammen. Andere treffen das wachsende Kind. Man spricht dann von Infantilismus. Beiderlei Prozesse vereinigen sich zuweilen. Von Bedeutung sind die Infantilismen der Sexualorgane des Weibes. Der infantile Uterus hat vielfach auch einen vollkommenen Descensus ovariorum im Gefolge, ferner Freundsche Tube, faltenreiche Scheide und Muldendamm, sowie auch Infantilismus von Becken und Brustdrüse. Besonders letzterer ist von übelster Bedeutung für die Bevölkerung. Der Infantilismus der Gebärmutter hat nicht selten Amenorrhoe oder Eintritt der Menses erst bis nach dem 20. Jahre, auch zeitweises Aussetzen einer erst spät aufgetretenen Menstruation zur Folge. Häufig folgt der nie kopiös gewesenen monatlichen Reinigung eine vorzeitige Menopause. Dabei ist zu bemerken, dass oft eine verkümmerte Gebärmutter menstruiert, während es manche besser entwickelte nicht

tut. Möglicherweise hängt dies von der guten oder schlechten Ausbildung der Ovarien ab. Auch die Unfruchtbarkeit ist eine häufige Folge des Infantilismus uteri. Kussmaul, Rumper und Pfaus behaupten die Möglichkeit einer nachträglichen Entwickelung eines zurückgebliebenen Uterus noch nach dem 20. Lebensjahre infolge Geschlechtsverkehrs. Schwangerschaft scheint überhaupt bei recht verkümmerter Gebärmutter eintreten zu können. Neben den Geschlechtsorganen ist häufig das Skelett beteiligt (geringe Körpergrösse, graziler Knochenbau, deformer Schädel, hypoplastische Kiefer, besonders Unterkiefer, unregelmässiger Zahnstand, Gitterzähne, Spitzbogengaumen, Verzögerung des Verknöcherns zwischen Epiphysen und Diaphyse sowie andere Erscheinungen). Virchow hat auf die Entwickelungsstörungen des Gefässsystems, vor allem die Hypoplasie des Herzens und der grossen Blutgefässstämme hingewiesen. Auch auf uropoetisches System und Sinnesorgane erstrecken sich die infantilistischen Einflüsse. Vor allem aber kommt das Nervensystem mit dem Gehirn in Betracht. Bekanntlich finden sich bei zurückgebliebenen Individuen häufig Neurasthenie, Neurosen, Chorea, Epilepsie und Hysterie. (Ho.)

Die linke Brust eines 16jährigen Jünglings aus Kösters (38) Praxis zeigt eine ausgesprochen weibliche Warze mit ausgedehntem Hof. Auf der rechten Brustseite, welche ebenfalls ausnehmend grosse Brustwarze zeigt, lässt sich keine Drüsensubstanz palpieren. Wohl aber ist dies linkerseits der Fall. Die Drüse hat die Grösse der Brustdrüse einer gleichalterigen weiblichen Person, produziert aber keine Milch. Auch äusserlich ist auf der Brust linkerseits weiblicher Typus, rechts männlicher gewahrt. (Ho.)

Einen Fall von echter Hypospadie beim Weibe teilt Mackenroth (42) mit. Die inneren Geschlechtsteile zeigen keinerlei Unnormales. Die Spalte der Urethra reicht bis an das Collum vesicae. (Ho.)

Mackenrodt (43) bespricht einen von Sellheim operierten Fall von Hypospadia feminina, in welchem Kontinenz des Urins erzielt worden ist. Er wie Bumm sind der Ansicht, es sei höchst unwahrscheinlich, dass die Kontraktur der transplantierten Muskelteile die Kontinenz erzielt hat. Ein willkürlicher Schluss der Harnblase wird nur aus den natürlichen Teilen der Urethral- und Sphinkteranlage geschaffen. (Ho.)

Vulliet (63) erklärt es für möglich, die Hypospadie in einer einzigen Sitzung zu operieren und zur Heilung zu bringen. Er führt durch eine vorher anzulegende Inzision am Damm, die die Urethra eröffnet, einen elastischen Katheter (Pezzer) in die Harnblase ein, wodurch für einen Abgang des Urins gesorgt wird, der das Operationsfeld nicht stört. Die Methode der Herstellung der Harnröhre am Glied, welche dann in aller Ungestörtheit erfolgen kann, ist dabei ohne Einfluss. Sind die Nähte nach einigen Tagen fest verwachsen, nimmt man den Katheter aus der Perinealwunde heraus und behandelt den Patienten, wie wenn man einen Kranken vor sich hätte, an dem der äussere Harnröhrenschnitt vollzogen worden ist. Man katheterisiert nämlich einige Tage mit einem metallenen Instrument von mittlerem Kaliber. (Ho.)

Der Arzt darf nach Sarwey (54) den Präventivverkehr in solchen Fällen anraten, in denen durch eine neue Empfängnis Leben, Gesundheit, Glück und Existenz einzelner Individuen oder ganzer Familien in Gefahr gebracht würden. Soziale Gesichtspunkte können bei dieser Beurteilung ebenfalls massgebend sein. (Ho.)

Küstner (40) berichtet über zwei Fälle, in denen nach operativer Vaginifixation und gleichzeitiger partieller Tubenresektion doch wiederum Schwangerschaft aufgetreten ist. Es empfiehlt sich darum, will man letzteres sicher verhüten, totale Resektion der Eileiter mit keilförmiger Exzision des uterinen interstitiellen Teiles. (Ho.)

Die teilweise Resektion eines Stücks Tube genügt nach Chrobak (8) nicht zur Erzielung sicherer Sterilisation der Frau, wie einzelne Fälle von Empfängnis nach Vornahme dieser Operation bewiesen haben. Viele Operateure schliessen die Sterilisation an andere Operationen an, wenn deren Ergebnis einen gefahrvollen Verlauf möglicher späterer Schwangerschaften vermuten lässt. Hier ist die Vaginifixation zu erwähnen. Chrobak möchte letztere Operation gar nicht ausführen um nicht sterilisieren zu müssen. Nur bei schwerer, dringender Indikation greift man zur Sterilisation. Sie ist dann als selbständige Operation anzusehen, bei der auch üble Zufälle nicht ins Bereich der Unmöglichkeit gehören. Schon Kehrer verlangte zur primär indizierten Sterilisation das Einverständnis des Hausarztes neben dem der Kranken, ausserdem die eines erfahrenen Fachkollegen, was zweifellos eine berechtigte Forderung darstellt. Chrobak fordert ja übrigens auch, bei Ausführung eines künstlichen Abortus stets einen Kollegen zuzuziehen. Zwar handelt es sich beim Abortus schon um eine Frucht, die Schutz zu beanspruchen hat, bei der Sterilisation dagegen nicht, allein letztere schliesst eine Empfängnis in der Zukunft aus, während nach Ablauf eines Abortes jederzeit die Möglichkeit neuer Gravidität vorliegt. Der Arzt hat eine schwere moralische Verantwortung, und zuweilen wird die Sterilisation nur aus dem Grunde gewünscht, weil die Frau ohne Konzeptionsgefahr sexuell zu verkehren wünscht. Jedes Ehepaar ist auf alle Möglichkeiten aufmerksam zu machen. Es kommt vor, dass sich eine Frau, die Kinder besitzt, zur steril machenden Operation entschliesst und danach das Unglück erlebt, ihre Kinder zu verlieren. Viel Jammer kann in solchen Fällen entstehen. Auch sehnt sich die Witwe, die sich wieder verheiratet, nach Kindern. War sie steril gemacht, so ist alles Klagen und alle Sehnsucht nach Nachkommenschaft vergebens. Auch die Vornahme der Operation aus sozial-wirtschaftlichen Gründen hat ihre Bedenken, denn wirtschaftliche Not kann durch Zufall sich heben und dem Wohlstand Platz machen. Bei sanitären Erwägungen wird man nur dann eine Frau sterilisieren, wenn absolut keine Wahrscheinlichkeit vorhanden ist, dass die den Eingriff als nötig erscheinen lassende Krankheit zur Heilung gelangt. Kehrer verlangt sogar stets, dass lebende Kinder in der Ehe der betreffenden Frau vorhanden sein müssen. Das geht nach Chrobak zu weit. Es ist auch nicht richtig, sofort nach der ersten Geburt oder dem ersten Abortus bei einer Frau mit absoluter Beckenenge zur Sterilisation überzugehen. Chrobak sah in mehreren Fällen gesunde lebende Kinder durch Kaiserschnitt bei Frauen das Licht der Welt erblicken, bei denen vorher wiederholt künstlicher Abortus oder Sectio caesarea vorhergegangen waren. Als Indikation zur Sterilisation ist ferner anzusehen die chronische Nephritis. Bei Nervenkrankheiten ist die Frage der Indikation schwierig. Bei Geisteskranken aus Rücksicht auf die eventuelle geistige Minderwertigkeit des Kindes sofort zur Sterilisation zu greifen, ist kaum berechtigt. Hier ist stets das Gutachten des Psychiaters grundlegend. Bei beginnender, noch heilbarer Tuberkulose der Lunge ist die Unterbrechung der Schwangerschaft vorzunehmen. Zweifel sah danach die Phthise einer Frau

heilen und die gesundete Frau später ein gesundes Kind zur Welt bringen. Bei schweren Phthisen, wo der eheliche Verkehr aus moralischen oder anderen Gründen nicht aufgegeben wird, die Schwangerschaft aber sicher bedeutende Nachteile für den Körper der Kranken mit sich bringt, ist übrigens die Sterilisation grundsätzlich auch nicht ausgeschlossen. Der Arzt hat nur doppelt vorsichtig in der Indikationsstellung zu sein. Auch bei Verletzungen der Gebärmutter kommt die operative Sterilisation in Frage. Chrobak sah nach abgeheilten Uterusrupturen infolge erneuter Gravidität mehrfach traurige Zufälle. Hier ist die Sterilisation am Platze. (Ho.)

Die Methode, die Küstner zur Sterilisation der Frauen angegeben hat, nämlich die Resektion eines Stückes des Tubenrohres, ist nach Reifferscheid (53) unsicher. Bei einer 32 jährigen Frau hatte er ebenfalls ein 2 cm langes Stück der Tube exzidiert und die uterinen Tubenstümpfe unter das Peritoneum versenkt, um der Frau, welche ein plattrachitisches Becken aufwies, weitere Konzeptionen zu ersparen. Obwohl zum Abbinden nicht Catgut sondern Zwirn verwendet worden war, erfolgte doch später Empfängnis. Es muss also das Ei, was schon Werth und Küstner vermuteten, auch von dem übrig gebliebenen Tubenstumpf ohne Mitwirkung des Tubentrichters aufgenommen werden können. Küstner verlangt darum für die operative Sterilisation die Exzision beider Tuben in voller Ausdehnung und keilförmiges Ausschneiden des interstitiellen Teiles an der Gebärmutter mit nachfolgender Naht. Die Indikationsstellung zur operativen Sterilisation hat sehr streng zu sein. Nur bei vorauszusehenden Gefahren einer neuen Schwangerschaft darf der Arzt mit Einverständnis des Ehemanns zu diesem Eingriff schreiten. (Ho.)

Als nachteilige Folgen der Masturbation fand Porosz (52) in den meisten Fällen krankhafte Pollutionen, Spermatorrhoe, geschwächte Erektionsfähigkeit, häufigen Urindrang, Impotenz bei gesteigerter Libido — Erscheinungen, die Verf. auf eine Atonie der Prostata und Erschlaffung des Samenblasensphinkters zurückführt. Bei der Behandlung dieser Folgezustände legt Porosz das grösste Gewicht auf die lokale Therapie, in erster Reihe auf das Elektrisieren der Prostata. Der Autor hat auch für die Behandlung eine spezielle Prostataelektrode konstruiert. (K.)

Die Ausführungen Näckes (47) wenden sich gegen eine Arbeit von Raffalovich, welche „des groupes uranistes à Paris et à Berlin“ betitelt ist. Was in Paris nach seinem Gewährsmann in manchen Quartieren der Gegend der Hallen und des Viertels la Villette zu beobachten ist, wo Messerstechereien an der Tagesordnung sind, stellt Schilderungen aus der Hefe der Homosexuellen und allem Anschein nach unter Päderasten dar. Die Päderastie ist aber nach Näcke eine Ausnahme in der homosexuellen Welt. Solche Päderastenklubs, wie sie Raffalovich beschreibt, gibt es möglicherweise weder in Paris noch in Berlin. Nur für die homosexuelle Erpresserkategorie mag die Schilderung vom Messerstechen grundsätzlich zutreffend sein. Die Annahme, dass es in Paris weniger Homosexuelle gibt, als etwa in Berlin, glaubt Näcke bestreiten zu können. Überein stimmt er mit Raffalovich, dass die Inversion wahrscheinlich nur eine normale Variation des Geschlechtstriebes darstellt und noch keine Entartung zu sein braucht. Falsch ist es aber, dass die Homosexuellen durch ihr Beispiel neue Homosexuelle schaffen, ebenso, dass dies ihre wissenschaftlichen Zeitschriften tun könnten, welche sich mit der Homosexualität ständig beschäftigen. (Ho.)

J. Donath (12) erläutert die vom Patienten selbst geschilderte Krankheitsgeschichte eines jungen Schauspielers, welcher auf hereditärer Grundlage an imaginärem Masochismus und Sadismus (Algolagnie) leidet; anfallsweise treten bei dem Patienten nervöse Zustände mit perversen Ideen auf. (Hu.)

Der Fall Donaths (11) betrifft eine Kombination der verschiedensten Äusserungen sexueller Triebrichtung und -Äusserung: Sadismus, ideellen Masochismus und normale Beischlafsmöglichkeit. Deutliche Hypersexualität ist vorhanden. (Ho.)

Neubauer (49) teilt eine Gerichtsverhandlung mit, bei der ein 28 Jähriger, der gleichgeschlechtlich veranlagt war und starke feminine Gewohnheiten in Haltung und Benehmen aufwies, vor den Schranken stand und zwar wegen Herumtreibens und widernatürlicher Unzucht. Wegen letzterer war er auch schon vorbestraft. Er ist von Beruf Damenimitator, trägt seidene Pantoffeln, spielt ausnehmend gern mit Puppen, betreibt die Kunst des Wahrsagens, zeigt ein äusserst serviles Benehmen, lässt sich die Haare kräuseln und brennen, bittet, falls er ins Gefängnis komme, dass er dort wenigstens Frauenkleider tragen dürfe und anderes mehr. Der Körper selbst ist männlich, nur Füsse und Hände zeigen stark weiblichen Bau. Sexuell mit einem Weibe verkehrt hat das Individuum seiner Angabe nach noch nie. (Ho.)

Näcke (48) tritt dem Vorschlage Olivas entgegen, bei jugendlichen Homosexuellen die Halbkastration, beziehentlich, wenn diese nicht den gewünschten Erfolg hat, die völlige Entmannung vorzunehmen. Es ist falsch zu glauben, dass diese Eingriffe die weitere Entwickelung homosexueller Veranlagung hemmen oder aufhalten können. Meist sind Homosexuelle, was die äusseren Geschlechtsteile betrifft, ganz normal bedacht. Die Feder der urnischen Triebe sitzt aber übrigens im Gehirn, nicht in den Genitalien. Natürlich gibt es auch Homosexuelle, deren äusserer Geschlechtsapparat zufälligerweise anormale Verhältnisse aufweist. Auch ist Olivas Ansicht grundfalsch, dass Onanie oder andere Exzesse allein jemals homosexuelle Neigungen erzeugen könnten. (Ho.)

LXIII.

Störungen der männlichen Geschlechtsfunktionen. Sexuelle Neurasthenie beider Geschlechter.

Bearbeitet von **Fürbringer**-Berlin, mit Beiträgen von **Goldenberg**-New York und **Kanitz**-Klausenburg (im Auftrage von v. **Marschalkó**-Klausenburg).

Literatur:

1. Bernstein, Ein Fall von Priapismus. Monatsberichte für Urologie. Bd. 10. H. 12. S. 705.
2. Benninghoven, Die Empfehlung des illegitimen Geschlechtsverkehrs seitens des Arztes ist unzulässig. Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene. Heft 8.

3. Brown und Osgood, Einwirknng der Röntgenetrahlen auf das Sperma. Amer. Journal of Surgery. Bd. 18. Nr. 9.
4. Féré, Ch., Contribntion à l'histoire de la neurasthénie sexuelle. Rev. de méd. März.
5. Derselbe, Note eur l'influence de l'incontinence sexuelle pendant la gestation eur la deseendance. Arch. de neurol. April.
6. Derselbe, Quelques mots eur l'onanisme. (Einige Bemerkungen über die Onanie.) Annales des maladies des organes génito-urinaires. Nr. 8.
7. Forel, A., Die eexnelle Frage. Müncben. E. Reinbardt. 5·7 Seiten. 23 Abhildungen.
8. Fürbringer, P., Über Cyklotherapie der sexuellen Neurasthenie. Therap. d. Gegenw. S. 207.
9. Goebel, C., Über protrahierten, idiopathischen Priapiemus. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin nnd Chirurgie. Bd. XIII. Heft 4 u. 5
10. Hajós, L., Sexualis idoggyengék házasságáról. (Die Ehe sexuell Nervenschwacher.) „Urologia", Vierteljahrsbeilago des Budapesti orvosi ujság. Nr. 4.
10a. Hennecart, Bericht über die Verhandlnngen des 6. Röntgen-Kongresses. Deutsche med. Wocbenschr. Nr. 20. S. 816.
11. Herzog, J., Über die falsche Yohimberinde von Corynanthe macroceras. Berichte der Deutsch. pharmazeut. Ges. S. 4. (Für Arzt ohne Interesse.) (F.)
12. Holterbach, Zur Yohimbintberapie. Berliner Tierärztliche Wochenschrift. Nr. 40.
13. Král, J., Angstnenrose. Casopis lekaru českých. Nr. 48 u. 49.
14. Lewitt, Geschlechtliche Enthaltsamkeit und Gesundheitsstörungen. Berlin. M. Boas.
15. Maramaldi, L., Das Muiracithin bei der Behandlnng der sexuellen Impotenz. Giornale internazionale delle science mediche. Nr. 15.
16. Mensinga, Vom Sichinsebtnehmen (Congressus interruptus — Zwangsverkehr). Hausers Verlag. 68 Seiten.
17. Moll, A, Die Analyse dee Geschlechtstriebee. Medizinische Klinik. Nr. 12. u. 13. Vortrag in der Psychologischen Gesellschaft zu Berlin.
18. Mori, G., Caso di prispismo permanente. Gazz. degli osped. 30 Juli.
19. Nevinny, J. und Brann, R. L., Über die Verwendnng des Muiracithins zur Bekämpfung der funktionellen Impotenz. Medizinisch-chirurgisches Zentralblatt. Nr. 2 und 11.
20. Philipp, Röntgenbestrahlung der Hoden. Fortschritte aus dem Gebiet der Röntgeostrahlen. Bd. VIII. Hft 2.
21. Pincns, Über Azoospermie. Sitzungsbericht der Ost- und Westpreussischen Gesellschaft für Gynäkologie vom 3. Juni.
22. Porosz, Moriz, Die Neurasthenie junger Ehefranen. Therapent. Monatsh. S. 519.
23. v. Rhoden nnd Neisser, A., Ausserehelicher Geschlechtsverkehr. Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Bd. II. Nr. 5.
23a. Robbins, F. W., Anaesthetic impotence, report of a ease (Anästhetische Impotenz, Bericht eines Falles.) American Journal of Urology, Oktober.
24. Roehet, Existe-t-il une spermatorrhée vraie? (Gibt es einen wahren Samenfluss?) Lyon médical. Nr 10. S. 497.
25. Rohleder, Der Neomalthusianismus. Die fakultative Sterilität in der ärztlichen Praxis. Monatsschr. für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene Heft 1.
26. Simpson, Alex. Russell, Sterility. Practitioner. Vol. 75. S. 3.
27. Spiegel, L., Weitere Mitteilungen über das Yohimbin. 2. Abhandlung: Die Methylierung der Yohimboasäure. Berichte der Deutsch. chem. Ges. Jahrg. 38. S. 2825. (Für Ärzte ohne Interesse.) (F.)
28. v. Tarchanoff, v. Pöhl sr. und v. Pöhl jr., Die Bekämpfung einiger Autointoxikationen und die Entgiftung von Toxinen durch die Spermintherapie. Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie. Bd. IX. Heft. 2. S. 70.
29. Terrepson, Physiologisch-mechanische Therapie der Spermatorrhoe. Petersburger medizinische Wochenschrift. Nr. 33.
30. Derselbe, Die Therapie der Impotenz. St. Petersb. med. Wochenschr. 23. September. Nr. 30.
31. Waitz, J., Die sexuelle Impotenz des Mannes und ihre Behandlung mittelst Muiracitbin. Journal de médecine. Nr. 44.
32. Weiss, Julius, Zur Kenntnis neuer Krankheitstypen der Neuralgie, Neurosen und des Rheumatismus. XXII. Kongr. f. innere Med. S. 404.
33. Muiracithin. Pharmazeut. Zeitung. S. 101.

a) Allgemeines. Sexuelle Abstinenz. Ausserehelicher Geschlechtsverkehr. Präventivverkehr.

Forel (7) liefert eine ungemein reichhaltige „naturwissenschaftliche, psychologische, hygienische und soziologische Studie“, die u. a. die sexuelle Pathologie (8. Kapitel) behandelt und unter der Marke „Medizin und Sexualleben“ (14. Kapitel) die Mittel zur Regulierung bezw. Verhinderung der Zeugungen, die Hygiene der Ehe und die Behandlung sexueller Leiden bespricht. Auf den speziellen Inhalt der grossenteils bedeutungsvollen und feinsinnigen Darbietungen, deren Autor den Psychiater kaum je verleugnet, kann nicht eingegangen werden. (F.)

Eine relativ objektive Bearbeitung der Frage, ob geschlechtliche Enthaltsamkeit zu Gesundheitsstörungen führen kann, bietet Lewitt (14), nach den Auffassungen hervorragender Ärzte (Neurologen und Gynäkologen). Der Praktiker hat gegen die Meinung von der unbedingten Schädlichkeit der Abstinenz Front zu machen und insbesondere die heranwachsende Jugend vor dem ersten Schritt zu warnen. Die Enthaltsamkeit führt nur bei neuropathisch Veranlagten bezw. abnorm starkem Geschlechtstrieb zu Neurosen und Psychosen. (F.)

Bemerkenswert ist die sachliche Polemik Benninghovens (2) gegen die von Marcuse vertretene Zulassung des ärztlichen Anratens eines illegitimen Geschlechtsverkehrs. Störungen als Folge geschlechtlicher Abstinenz sind selten, zumal bei gesunden Männern, die Schäden der Ausübung des illegitimen Geschlechtsverkehrs weit grösser als jene der Abstinenz. Der Arzt, welcher den ersteren empfiehlt, ladet eine schwere Verantwortung auf sich. (F.)

Weiss (32) teilt u. a. drei Fälle von Angstneurose mit, die als gemeinsames anamnestisches Moment totale sexuelle Abstinenz aufweisen, und erachtet die Abhängigkeit der Störung von der letzteren als eine sichere. (F.)

In einem offenen Briefe von seiten v. Rhodens (23) wird die Ablehnung der Gleichwertigkeit und gleichen Berechtigung des ausserehelichen und ehelichen Geschlechtsverkehres vom natürlichen und hygienischen Standpunkt ausgesprochen. In der Erwiderung von A. Neisser wird der Verurteilung des viel zu frühen und intensiven sexuellen Verkehrs der heutigen heranwachsenden Jugend zugestimmt, andererseits aber auf die Schädigungen der Überwindung des Dranges nach der Gewöhnung an seine Befriedigung verwiesen. Solange die dem Geschlechtsverkehr ausserhalb der Ehe entspringenden Folgen von beiden Teilen getragen und verantwortet werden, kann ihm, der Quelle des Glückes und grössten Schaffens für Unzählige, die Berechtigung nicht ohne weiteres versagt werden. (F.)

Rohleder (25) bringt eine Kritik der die Empfehlung des Präventivverkehres rechtfertigenden Bedingungen und der Mittel selbst. (F.)

Die „Studien aus 45jähriger Praxis für Ärzte“ von seiten Mensingas (16) wiederholen im wesentlichen die bekannten Auslassungen des Autors über die Folgen des Coitus reservatus für Mann und Frau, leider mit den so oft und mit Recht gerügten Übertreibungen — selbst den Uteruskrebs kann die Gewohnheit veranlassen! —, welche der gebührenden Bewertung der trefflichen Seiten des Buches nicht dienlich sind. Im übrigen vorwiegend Frauenärztliches. (F.)

b) Masturbation.

Féré (6) hat sich durch persönliche Erschliessungen von der mit depressiven Zuständen einhergehenden Abnahme der Leistungsfähigkeit der Muskulatur und Gehirntätigkeit infolge von Masturbation überzeugt. Im übrigen Bekanntes in beachtenswerter Darstellung. Zur Bekämpfung der Gewohnheit, die wegen ihrer Gefahren unabweisbar, werden besonders schlafbringende Leibesübungen in frischer Luft, Waschungen, Beschränkung des Bettaufenthaltes auf die Dauer des Schlafes und Überwachung empfohlen. (F.)

c) Samenverluste.

Angesichts der ungezählten, erfahrenen Ärzten aus eigener Anschauung geläufigen Fälle echter Defäkations- und Miktionsspermatorrhoe ist es schwer verständlich, dass Rochet (24) die Frage einer echten Spermatorrhoe erneuert und nur krankhafte Samenverluste durch Pollutionen zulassen will. Die Gruppe der letzteren ist zum Teil treffend beleuchtet. (F.)

Terrepson (29) bietet Bekanntes, insofern gegen die Defäkationsform vorwiegend die möglichste Vermeidung der Bauchpresse und die Verlegung des Stuhls auf den Abend empfohlen wird. Die Gedanken sollen auf die Analgegend konzentriert werden. (F.)

d) Männliche Sterilität.

Beherzigenswerte Belehrungen erteilt Pincus (21) über die Haltung des Arztes zur Frage der Azoospermie, welche der Vortragende in 483 Fällen von Sterilitas matrimonii 58mal (13%) fand und deren Nachweis durch die mikroskopische Untersuchung des Ejakulates er unbedingt — und mit vollem Recht — fordert. Beide Ehegatten sind durch den Arzt, der die Azoospermie zuerst ergründet, über die Sachlage aufzuklären. Dem widerspricht in der Diskussion Hammerschlag. Winter fand in ca. 33% seiner Fälle die bedeutungsvolle Störung, nähert sich also den aus anderer Statistiken sich ergebenden Ziffern. (F.)

Brown und Osgood (2) machten die überraschende Entdeckung, dass das Ejakulat von nicht weniger als 18 Arbeitern in einem Röntgenlaboratorium der Spermatozoen fast oder ganz entbehrte, ohne dass vorangegangene Geschlechtskrankheiten oder sonstige sexuelle Störungen dafür verantwortlich zu machen waren. Es zeigte sich des weiteren, dass für den Übergang von Oligozoo- und Nekrospermie in vollständige Azoospermie die Dauer der Beschäftigung im Laboratorium bezw. des Einflusses der Röntgenstrahlen massgebend war. Nachkommenschaft blieb vom Eintritt in die Anstalt an aus. (F.)

Die nicht allzu starke Bestrahlung erzeugte in zwei Fällen Philipps (20) eine viele Monate später auftretende Azoospermie ohne Potenzstörung. Also der Brown-Osgoodschen Entdeckung (s. o.) gleichwertige Beobachtungen. (F.)

Mit Rücksicht auf die Möglichkeit der künstlichen Sterilisation des Mannes durch Röntgenbestrahlung der Hoden beantragt Hennecart (10a), der Gefahr der geschäftlichen Verwertung bezw. des Rückganges der Bevölkerungsziffer durch die Gesetzgebung zu begegnen. (F.)

e) Impotenz.

Der 36 jährige starke und im übrigen vollständig gesunde Patient Robbins (23a) hat nie mastnrhiert oder den Beischlaf ausgeübt, überhaupt kein sexuelles Bedürfnis gehabt, dagegen häufige Pollutionen während der Nacht und Erektionen am Tage und während der Nacht. Er ist drei Jahre verheiratet. Bei der Kohabitation hat er eine normale Erektion, aber nie einen Samenerguss oder Wollustgefühl. Der Samen enthält lebende Spermatozoen. Der Verf. schliesst psychische Impotenz aus, da der Patient nie ein sexuelles Bedürfnis hatte, und stellt die Diagnose auf anästhetische Impotenz. Die Therapie war bisher erfolglos. (G.)

Einen lesenswerten Aufsatz bietet Terrepson (30), wenn er auch nichts wesentlich Neues bringt. Klinisch wird zu exklusiv zwischen irritativer und paralystischer Potenzschwäche und der Entwickelung der letzteren aus der ersten unterschieden. Dass in den meisten Fällen ein entzündlicher Zustand des Caput gallinaginis gefunden wird, müssen wir durchaus beanstanden. Wohltuend berührt die ablehnende Haltung zu den als spezifisch geltenden Medikamenten, die zumal ohne gleichzeitige Kausalbehandlung nichts leisten, und die Warnung vor irritativen Massnahmen. Die Beurteilung des Psychrophors und der Prognose überhaupt erscheint uns allzu optimistisch. (F.)

Die Beobachtung, dass fünf impotente Zuchthullen nach der Darreichung des Yohimbins schnell sprungfähig wurden, glaubt Holterbach (12) als Dauererfolg des neuen „Sexuale und Specificum gegen Impotenz“ deuten zu sollen. (F.)

Auslassungen über die sexuelle Impotenz, die nichts Neues bringen, fügt Waitz (31) einen Bericht von sieben eigenen mit dem Mittel (Kombination eines Extraktivstoffes der brasilianischen Drogue Muira Puama mit Ovolezithin) behandelten Fällen an. Er steht nicht an, die auffallenden Besserungen und Heilungen auf das in bezug auf Stärkung des Organismus und Wiederherstellung der Funktion des geschlechtlichen Zentralnervensystems „wirksamste“ Muiracithin zu beziehen. Ob und auf welche Weise Suggestivwirkungen ausgeschaltet worden, wird nicht gesagt. (F.)

In neun mit Muiracithin behandelten Fällen von psychischer und neurasthenischer Impotenz aus Nevinnys und Brauns (19) Praxis verspürten die Patienten fast durchweg schon am ersten Tage stärkere Erregungen und Wollustgefühle in den Sexualorganen, die mehr weniger schnell zur normalen Potenz führten. Nebenerscheinungen fehlten. Auch bei Versuchstieren (Hunden und Kaninchen), welche mit erhöhtem Turgor der Hoden und vermehrtem Samenerguss reagierten, wurden irgendwelche Störungen vermisst. Im Harn trat weder Eiweiss noch Blut auf. (Ref., der die gemachten günstigen Wirkungen nicht zu bestätigen vermag, muss eine umfassende Nachprüfung als unerlässlich erachten.) (F.)

Maramaldi (15) bestätigt die Nevinny-Braunschen Resultate (s. o.) auf Grund einiger eigenen Beobachtungen. (F.)

f) Sexuelle Neurasthenie.

Hajós (10) schildert den Einfluss der Ehe und des geordneten geschlechtlichen Verkehres auf die sexuelle Neurasthenie. Wo nervöse und sexuelle pathologische Erscheinungen vor der Heirat bestanden, soll die erste Zeit der Ehe mit Aufmerksamkeit verfolgt werden. (K.)

Die Erschliessung von 23 Fällen von Angstneurose durch Král (13) war der bekannten Theorie von ihrer Herbeiführung durch sexuelle Anomalien insofern wenig günstig, als die letzteren nur in sieben Fällen eine Steigerung der durch andere Leiden (Nephritis, Arteriosklerose, traumatische Neurose, Infektionen, Intoxikationen u. a.) vermittelten Angstzustände bedingten. (F.)

Fürbringer (8) beleuchtet die besonderen Vorzüge des Radfahrsports als antineurasthenischen Heilfaktors (Muskelbewegung in frischer Luft, minderes Anstrengungsgefühl, Arbeitsteilung der Gehirnzentren, Ableitung des Blutes vom Gehirn), seine Wirkung bei Potenzstörungen, Samenverlusten und Onanie, sowie die Gefahren der Übertreibung und falschen Indikationsstellung. (F.)

Unter Aufbietung einer umfassenden Literatur wird die Empfehlung der Sperminbehandlung gegen die verschiedensten Krankheiten, darunter auch Neurosen bezw. sexuelle Neurasthenie, durch Tarchanoff und beide Pöhl (28) zu begründen gesucht. Die Autoren wiederholen grossenteils, unter Hervorkehrung der Versuche über die Einwirkung des Spermins auf die durch Neurin und Cholin vergifteten Tiere, die bekannten Auslassungen über die Theorie der Heilvorgänge, insbesondere die günstige Beeinflussung der Oxydationsprozesse im Organismus. Eine scharf ausgeprägte Prodomo-Arbeit, in der es auch an wenig angebrachten kritischen Bemerkungen nicht fehlt. (F.)

g) Priapismus.

Mehrmonatigen, schmerzhaften, hochgradigen, aber starke Intensitätsschwankungen aufweisenden Priapismus bei einem 28jährigen Leukämiker beobachtete Bernstein (1). Die Sektion ergab keinen Herd im Kleinhirn. (F.)

Goebel (9) teilt zwei eigene Fälle von Priapismus mit. In dem ersten entwickelte sich die fast zwei Monate andauernde Störung im Anschluss an einen Beischlaf, der ein Trauma im Bereich des rechten Schwellkörpers gesetzt haben dürfte. Heilung nach Entleerung von Blutgerinnseln aus dem letzteren. Im zweiten Falle lag Leukämie vor. Er zeichnete sich durch häufige Paroxysmen aus. Im zersetzten Blut fanden sich Kolibazillen. Aus den unter gleichzeitiger Verwertung der einschlägigen Literatur gezogenen Schlüssen sei hervorgehoben, dass der Autor — nach des Ref. Urteil mit Recht — neben den durch Leukämie, Gicht und anderen Grundkrankheiten bedingten Formen einen „idiopathischen“ Priapismus festlegt. Wir haben den letzteren mehrfach als protrahierten, durch Schmerz und schwere Schlafstörungen quälenden, ohne Libido und Orgasmus verlaufenden beobachtet, ohne dass es gelang, irgendwelche Ursachen nachzuweisen. Obenan steht der Begriff des traumatischen Blutergusses mit Thrombosierung aus Anlass der Abflusshemmung. Wenn Verf. den chirurgischen Eingriff bei einer durch sonstige Massnahmen unbeeinflussten Persistenz von drei bis vier Wochen für angebracht hält, so sei auf eine nicht geringe Zahl von Fällen fraglichen Ursprunges verwiesen, die ohne das Messer nach weit längerer Dauer zur Heilung gelangen. (F.)

LXIV.

Tuberkulose der Geschlechtsorgane, venerische Krankheiten und Ehe. (Einfluss sonstiger Leiden auf das Eheleben.)

Bearbeitet von **Hinrichs**-Berlin (in Vertretung von **R. Ledermann**-Berlin), mit Beiträgen von **Krysinski**-Warschau (im Auftrage von **v. Watraszewski**-Warschau) und **v. Zeissl**-Wien.

Literatur:

1. Aronstamm, Noah E., Ein Beitrag zum Studium der Prognose der Syphilis. American Journal of Dermatology and genito-urinary Diseases. Heft 2.
2. Barthélemy, Die tertiäre erworbene oder hereditäre Syphilis der inneren Geschlechtsorgane der Frau. La Syphilis. Bd 3. H. 9.
3. Basso, G. L., Experimentelle Studien über die Entstehung und Verbreitung der Tuberkulose in den Geschlechtsorganen des Weibes. Arbeiten a. d. Geb. der pathol. Anat. u Bakteriol. a. d. Pathol.-anat. Instit. zu Tübingen. Bd. 5 S. 254.
4. v. Baumgarten, P., Experimente über die Ausbreitung der weiblichen Genitaltuberkulose im Körper. Arbeiten a. d. Geb. der pathol. Anat. u. Bakteriol. a. d. Pathol.-anat. Instit. zu Tübingen. Bd. 5. H. 2. S. 247.
5. Derselbe, Über das Verhalten der Tuberkelbazillen an den Eingangsstellen der Infektion. 77. Vers. deutscher Naturforscher u. Ärzte. Meran.
6. Benecke, Experimentelle Untersuchungen über den Infektionsweg bei weiblicher Genitaltuberkulose. Rostocker Ärzteverein. 8. VII.
7. Borzecki, E., Kiedy mozémy pozwolic sij zenié osobnikowi, ktovy pszebyt kile. (Über Ehekonsens Syphilitischer.) Przeglad lek. 27. S. 419.
8. v. Bruun, Zur Tuberkulose des Hodens und Nebenhodens. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 77.
9. Buschke, A, Ehe und Syphilis. Deutsche Klinik am Eingang des XX. Jahrhunderts.
10. Buschke, H., Über die Behandlung der Syphilis hereditaria. Ärztl. Praxis. Nr. 14.
11. Cottel, H. A., Fälle von kongenitaler Syphilis. Louisville Journ. Febr.
12. Doktor, A., Ist die Syphilis eine schwerere Erkrankung als der Tripper? Zentr.-Bl. f. Gynäkol. Nr. 48.
13. Franceschini, Giovanni, Die Menorrhagien und Metrorrhagien syphilitischen Ursprunges. La Syphilis. Juli.
14. Friedmann, F., Experimentelle Beiträge zur Frage kongenitaler Tuberkulosebazillenübertragung und kongenitaler Tuberkulose. Virchows Archiv. Bd. 181. Heft 1.
15. Gailleton, Über die Diagnose der Syphilis im Augenblick der Geburt. Massregeln zum prophylaktischen Schutz der Ammen. La Syphilis. Bd. 3. Aug.
16. Gaucher, Konzeptionelle Syphilis. Vorlesungen über Syphilis an der Mittwochs-Poliklinik. 30. XI.
17. Gaucher u. Bernard, Behandlung der Syphilis während der Schwangerschaft. Ann. de thérap. dermatol. et syphiligr. Bd. 5.
18. Gramond, Santé et mariage. Thèse de Bordeaux.
19. Gravagno, Primäraffekt der Mamma. Syphilisübertragung durch Stillen. La Syphilis. Aug. Bd. III. H. 8.
20. Guizette, Pietro, Untersuchung über die Veränderung der Epithelien der Samenkanälchen und der Spermatozoen in 4 Fällen von Syphilis. Arch. f Dermat. u. Syphilis. Bd. 75. H. 2 u. 3.
21. Horvath, K., Zur Frage der Infektionsfähigkeit des Spermas im dritten Stadium der Syphilis Borkortan. Nr 1.
22. John, St. George G. Melvin, Strittige Punkte bei der Syphilis. American Journal of Dermatology and genito-urinary Diseases. Heft 1.

23. Jung, Nachweis einer aufsteigenden Tuberkulose durch experimentelle Infizierung mit frischer Perlsucht an den Genitalien von Tieren. 11. Kongr. der Deutsch. Ges. f. Gynäkol.
24. Jung und Bouuecke, Experimentelle Untersuchungen über den Infektionsweg bei der weiblichen Genitaltuberkulose. Mediz. Verein Greifswald. 27. V.
25. Kuester, Behandlung der Tuberkulose des Hodens. Zeitschr. für ärztliche Fortbildung Nr. 2.
26. Ledermann, R., Die nicht chirurgischen Erkrankungen des Hodens, Nebenhodens und ihrer Hüllen. Deutsche Klin. am Eingange des XX. Jahrh.
27. Lesser, E., Die Vererbung der Syphilis. Deutsche Klinik am Eingang des XX. Jahrh. Berlin u. Wien. Urban u. Schwarzenberg Bd X.
27a. Loven, Zur Frage der Gonorrhoeheilung und der Erteilung des Ehekonsenses bei Gonorrhoe. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 75. H. 2 u. 3.
28. Marshall, Syphilis in der dritten Generation. Lancet. Nr. 4278.
29. Martius, Friedrich, Krankheitsanlage und Vererbung. Leipzig u. Wien. Franz Deuticke.
30. Derselbe, Über die Bedeutung der Vererbung und Disposition in der Pathologie, mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose. Kongr. f. innere Med.
31. Merkel, Hermann, Über die Genese der Genitaltuberkulose des Weibes. Deutsches Archiv f. klin. Medizin. 84. Bd.
32. Moll, Albert, Die Verantwortlichkeit bei Mitteilungen seitens des Arztes (mit besonderer Berücksichtigung der Ratserteilung) Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. Aug.
33. Morrow, A., Die Prognose der Syphilis in Bezug auf Ehe und Vererbung. Med. News. 2. Sept.
34. Morrow, Prince A., Die sanitäre und moralische Prophylaxe der venerischen Krankheiten. Journ. of the Amer. med. Assoc. 4. III.
35. Nobosky, Oskar, Beitrag zur Kenntnis der weiblichen Genitaltuberkulose. Monatsschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkologie. Bd. 22.
36. Neisser, Bericht über Berufsgeheimnis und Geschlechtskrankheit. Durch Chotzen verlesener Bericht a. d. II. Kongr. d. deutsch. Ges. zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. 17./18. III.
37. Neumann, H. und Oberwarth, E., Häufigkeit der hereditären Syphilis. Arch. f. Kinderheilk. Bd 42.
38. Novy, G., Syphilis und Schwangerschaft. Casop. lek. cesk. S. 388.
39. Ogilvie, George, Die Nachkommen von Tuberkulösen. Hereditäre Disposition. Internat. Tuberkulose-Kongr. 2.—7. Okt.
40. Pinard, Prophylaxe der hereditären Syphilis. Ann. de gynecol. et obstétr. April.
41. Derselbe, Über Syphilis bei Ammen und Säuglingen. La Syphilis. H. 8. Aug.
42. Prochownick, Demonstration zur Genitaltuberkulose. Biologische Abteilung des ärztlichen Vereins zu Hamburg. 3 I.
43. Schwab, A., Über Syphilis der Plazenta. La Syphilis. Juli.
44. Sbukowsky, W., Ein neues Symptom der kongenitalen Syphilis. Med. Obosreuije Nr. 7.
45. Solger, F. B., Die Syphilisforschung und das Vererbungsproblem. Dermat. Zentr.-Bl. Bd. VIII. H. 10.
46. Straugaard, H., Die Behandlung der Epididymitis tuberculosa. Hospitalstidende S. 185.
47. Teutschländer, O., Die Samenblasentuberkulose und ihre Beziehungen zur Tuberkulose der übrigen Urogenitalorgane. Beiträge zur Klinik d. Tuberkulose. Bd. III. H. 3.
48. Thom, Waldemar, Betrachtungen und Beiträge zur Frage der Tuberkuloseansteckung unter Eheleuten. Zeitschr. f. Tuberkulose u. Heilstättenwesen. Bd. VII. H. 1.
49. Thom, Über die Furcht vor Tuberkulösen und die Tuberkuloseansteckung in der Ehe. Verein der Ärzte Düsseldorfs. 20. III.
50. Thomson, H., Tuberkulose der weiblichen Genitalien. Monatsschr. f. Geburtsh. Bd 21. H. 4.
51. Thorel, Präparate eines Falles von weiblicher Urogenitaltuberkulose. Ärztl. Verein in Nürnberg. 4. V.
52. Derselbe, Zur operativen Therapie der Tuberkulose der weiblichen Genitalien. Med. Ges. zu Magdeburg. 27. IV. (Diskuss.: Unverricht.)
53. Waldvogel, Die Gefahren der Geschlechtskrankheiten und ihre Verhütung. Stuttgart. Ferd. Enke.
54. Nederlandsche Maatschaft of bevordering der Geneeskunde. (Ansteckungsgefahr bei Tuberkulose.) Weekbl. voor Geneeskunde. Nr. 1.
55. Schadenersatz durch Infizierung mit Syphilis. Münch. med. Wochenschr. Nr. 29.

a) Hodentuberkulose und Ehe.

Dnrch Experimente wird von Friedmann (14) nachgewiesen, dass Tuberkelbazillen in die befruchtete Eizelle eindringen. Die Bazillen wurden in den Samenleiter, die Hoden, eingespritzt und im Embryo wieder gefunden. In die Vagina eingespritzte Bazillen geben ebenfalls in den Embryo über. Im Hoden tuberkulöser Menschen fand Verf. in zwei Fällen je einen Bacillus. Die Möglichkeit der Infektion vom Vater aus ist somit nicht zu leugnen. (H.)

Versuche Jungs und Benneckes (24), 30 Kaninchen mit Reinkulturen menschlicher Tuberkelbazillen zu infizieren, schlugen fehl. Später wurde für Kaninchen hochvirulentes perlsüchtiges Material verwandt. 71 Tiere wurden infiziert. Bei 4 verschiedenen Versuchsanordnungen wurden 12 Fälle aszendierender Tuberkulose festgestellt. Eine hämatogene Infektion in diesen Fällen ist auszuschliessen auf Grund histologischer und bakteriologischer Befunde. Das Vordringen der Bazillen gegen den Sekretstrom ist sichergestellt. (H.)

Der für diese Erkrankung angenommene hämatogene Infektionsweg ist nach Jung (23) nicht ganz so häufig, wie allgemein behauptet wird. Es findet auch eine primäre, aszendierende Infektion von der Vagina aus statt. Bei 11 Kaninchen gelang es, aszendierende Genitaltuberkulose experimentell hervorzurufen.

Schlüsse auf menschliche Verhältnisse dürfen nur mit Vorsicht gemacht werden. Die Möglichkeit einer häufigen aszendierenden Genitaltuberkulose beim Menschen ist durch diese Versuche wahrscheinlich. (H.)

Den Koitus verdächtigt man auf Grund von Tierexperimenten, deren Resultate durchaus verschieden sind. Wenn tatsächlich in seltenen Fällen Tuberkelbazillen in das Sperma übergehen, so wird nach Thoms Ansicht (49) die Frau trotzdem nicht infiziert. Wie der Nasenschleim imstande ist, Tuberkelbazillen zu eliminieren, so besitzt auch sicher die Vagina diese biologische Eigenschaft. (H.)

Primär kommt, wie Thorel (52) ausführt, die weibliche Genitaltuberkulose in verschwindend kleiner Zahl vor, meist handelt es sich um sekundäre und deszendierende Formen. Alle Fälle von wahrscheinlich primärer und aszendierender Tuberkulose, die Thorel sah, ergaben keine Anhaltspunkte, die für Übertragung durch Koitus, Cunnilingus etc. gesprochen hätten. (H.)

Nebesky (35) schildert einen Fall, der klinisch als primäre Genitaltuberkulose aufzufassen ist. Die Cervix war anscheinend zuerst erkrankt, dann die Schleimhaut des Corpus uteri, von hier aus weiter die Tuben. „Da jedes der Aussenwelt zugängliche Organ des Körpers an primärer Tuberkulose erkranken kann, so liegt jedenfalls kein genügender pathologisch-anatomischer Grund vor, die Möglichkeit einer gelegentlichen primären Infektion der weiblichen Genitalien von vornherein ganz auszuschliessen.“ (H.)

Fünf Fälle von Tuberkulose der weiblichen Genitalien werden von Thomson (50) mitgeteilt, darunter zwei Fälle von primärer Tuberkulose, ein Fall von primärer Tuberkulose des Peritoneums und der Tuben, ein Fall von möglicherweise primärer Affektion des Ovariums, ein Fall von sekundärer tuberkulöser Erkrankung der Ovarien. (H.)

H. Merkel (31) erinnert daran, dass die Tuberkulose der weiblichen Geschlechtsorgane nicht immer hämatogenen Ursprunges ist, sondern oft auch in direkter Infektion durch den infektiösen tuberkulösen Mann oder durch Speichel, Finger etc. hervorgerufen wird. (H.)

Isoliertes Vorkommen der Tuberkulose an jedem einzelnen Abschnitt der Sexualsphäre kann nach Prochownick (42) (wenn auch recht selten) als erwiesen gelten. (H.)

Eine Rundfrage des Weekbl. voor Geneeskunde (54) an sämtliche holländische Ärzte über Beobachtungen von Übertragbarkeit der Tuberkelbazillen von einem Ehegatten auf den andern ergab 36 Fälle, in denen die Verhältnisse so lagen, dass die Infektion einer gesunden, erblich nicht belasteten Ehehälfte durch die andere tuberkulös erkrankte angenommen werden muss. (H.)

Trotzdem die Verhältnisse für eine Infektion nirgends so günstig sind, wie in der Ehe, so ist, Thoms (48) Ausführungen zufolge, ein Ausbleiben der Infektion trotz vorgeschrittener und jahrelanger Erkrankung eines Ehepartners, trotz ständigen intimen Zusammenlebens und aufreibender Pflege die Regel. Nach einer Statistik unter 402 Ehen ergeben sich 3% Infektion. (H.)

v. Baumgarten (5) weist auf die grosse Schwierigkeit hin, primäre Schädigungen durch den Tuberkelbacillus von sekundär hämatogen entstandenen zu unterscheiden. (H.)

Ogilvie (39) führt aus, dass die Übertragung von Tuberkulose durch den Samen oder das Ei zweifelhaft, die Übertragung durch den Plazentarkreislauf sehr selten sei. (H.)

Bei einseitiger Affektion, wenn der Samenstrang noch vollkommen frei ist und jede Spur einer Erweichung fehlt, rät Ledermann (26) mit der Kastration zu zögern, solange der Prozess nicht fortschreitet. Bei doppelseitiger Erkrankung entschliesst sich Ledermann nur in äussersten Fällen zur doppelseitigen Kastration, besonders dann, wenn die Pat. in ihrer Ernährung herunterkommen. In solchen Fällen wirkt eine möglichst frühzeitige Operation oft lebensrettend.

Es wird ein Fall angeführt, wo vor 13 Jahren bei einem jung verheirateten Patienten die doppelseitige Kastration sich als dringend notwendig erwies. — Patient erholte sich vollkommen und ist jetzt 13 Jahre nachher noch arbeitsfähig. (H.)

v. Brunn (8) empfiehlt in allen Fällen die Kastration. Er hat gefunden, dass makroskopisch völlig normal aussehende Hoden bei Nebenhodentuberkulose mit Tuberkeln durchsetzt waren. (H.)

Küster (25) hält die konservative Behandlung für gefährlich. Er empfiehlt eventuell aus psychischen Gründen die Schaffung eines künstlichen Hodens durch Paraffininjektionen. (H.)

In 57 Fällen Teutschländers (47) von männlicher Urogenitaltuberkulose waren die Samenblasen 31 mal erkrankt, 11 mal einseitig, 20 mal beiderseitig. Die tuberkulöse Spermatocystitis war nur einmal klinisch diagnostiziert, wurde im übrigen erst bei der Autopsie gefunden. Zweimal war spontane Heilung erfolgt. (H.)

Strangaard (46) empfiehlt die Resektion der Epididymis. In keinem von 12 Fällen entwickelte sich später Hodentuberkulose. (H.)

b) Ehe und Syphilis.

Als ersten Hauptpunkt bespricht Buschke (9) die Syphilis vor der Eheschliessung oder mit anderen Worten: „Darf der syphilitische Mann heiraten?“ Bei Lues I und II erteilt er nur dann die Erlaubnis, wenn die Frau auch luetisch ist. Es muss aber in diesem Fall die Konzeption streng vermieden werden. Bei Lues III kommt zunächst die Ansteckungsmöglichkeit in Betracht. Verf. hält sie im allgemeinen nicht für ansteckend, doch ist immerhin die Infektionsmöglichkeit nicht mit absoluter Gewissheit auszuschliessen. Jedenfalls muss vor der Eheschliessung nochmals eine gründliche Hg-Behandlung stattfinden, da Jod nur die tertiär luetischen Herde zum Verschwinden bringt, nicht aber das Krankheitsgift als solches beeinflusst.

Was die Vererhbarkeit bei Lues III anlangt, so ist dieselbe beim Mann nicht wahrscheinlich, bei einer tertiär-luetischen Frau dagegen muss man die Prognose der Vererhungsfähigkeit vorsichtiger stellen, doch liegt auch nach Verf. Ansicht in diesem Fall ein Ehehindernis nicht vor.

Post- oder parasyphilitische Affektionen sind nicht mehr syphilitischer Natur. Es gelten in bezug auf die Eheschliessung in solchen Fällen mehr allgemeine Gesichtspunkte.

Was die Dauer der Krankheit anlangt, so kann man darüber nichts Sicheres sagen. Man schätzt die Infektiosität auf drei Jahre, wenn die Erscheinungen nicht von besonderer Heftigkeit gewesen sind. Erst nach Ablauf von weiteren 1—2 Jahren darf man die Erlaubnis zur Eheschliessung erteilen, sofern während dieser Beobachtungszeit frische Erscheinungen sich nicht gezeigt haben.

Verf. empfiehlt während der ersten drei Jahre die Fournier-Neissersche intermittierende Behandlung und verordnet im ersten Jahre 3, im zweiten Jahre 2 und im dritten Jahre 1—2 Kuren. Nur wenn die Hg-Behandlung nicht regulär, so wie oben angegeben wurde, durchgeführt ist, hält Verf. noch nach der zweijährigen Beobachtungszeit, vor der Hochzeit, eine Kur für erforderlich.

Der zweite Abschnitt der Arbeit behandelt die Syphilis, wenn sie ihren Einzug in die Familie gehalten hat. Falls es sich um infektiöse Lues handelt, so ist die grösste Vorsicht am Platze, um die gesunde Ehehälfte oder die Kinder nicht anzustecken. Sind beide Ehegatten infektiös, so muss natürlich die Konzeption verhindert werden. Lues I und III kann miteinander verkehren, da Reinfektion so gut wie ausgeschlossen ist. (H.)

Eine ganz sichere Antwort ist Borzecki (7) nicht imstande zu geben. Er meint, es wäre möglich, unter folgenden Bedingungen die Ehe zu gestatten: 1. Abwesenheit von Syphiliserscheinungen; 2. 3—4 Jahre nach der Infektion; 3. 1—2 Jahre nach dem Auftreten der letzten Lueserscheinungen; 4. Abwesenheit von Erscheinungen der Syphilis maligna im Verlaufe der Krankheit; 5. Eine nicht genügende spezifische Behandlung. (K.)

Strittig sind nach John (22) bei Lues folgende Punkte:

1. Die Ursache der Krankheit.
2. Ist sie vom ersten Augenblick an konstitutionell?
3. Ist sie durch Vater und Mutter in gleicher Weise vererbbar?
4. Die Art der Vererbung.

5. Die Infektion der Mutter vom kranken Kind im Mutterleib.
6. Die Dauer der Ansteckungsmöglichkeit.
7. Die notwendige Dauer der spezifischen Behandlung und die Frage der völligen Heilung. (H.)

Die Syphilis ist, wie Aronstamm (1) betont, heilbar. Die Dauer der Behandlung muss 3—4 Jahre betragen. Wenn wenigstens 2 Jahre ohne Symptome verflossen sind und wenn das Körpergewicht ständig zugenommen oder nicht abgenommen hat, oder wenn gesunde Nachkommenschaft erschienen ist, so kann man von völliger Heilung reden. Ausnahmen kommen vor. (H.)

Morrow (33) erklärt, die Zeit, nach welcher man einem Syphilitiker den Ehekonsens erteile, werde sehr häufig zu kurz bemessen. Für die Prognose der Vererbung sei es schlechter, wenn die Frau infiziert wurde, als wenn die Syphilis den Vater allein betroffen hat.

Nach Morrows Erfahrungen erlischt nach vierjähriger Behandlung die ansteckende und vererbbare Wirkung der Syphilis. Wenn die Ehe zu Exzessen führt, besteht die Gefahr der Tabes und Paralyse durch Erschöpfung der Nervenzentren. (H.)

Die Erzeugung eines oder mehrerer gesunder Kinder durch einen syphilitischen Vater bietet keinen Beweis für seine Dauerheilung. Pinard (40) hat nie beobachtet, dass ein Syphilitiker nach einer methodisch durchgeführten Kur im Sinne Fourniers seine Frau infiziert hat. Trotzdem hat er wiederholt Fälle gesehen, wo trotz mehrjähriger Behandlung und nach Erzeugung einer Reihe gesunder Kinder ein solches mit manifester kongenitaler Syphilis geboren wurde. Nach Pinard muss daher jeder Syphilitiker nicht nur vor Eingehen der Ehe, sondern vor Erzeugung jedes neuen Kindes sich einer prophylaktischen Kur unterziehen, auch wenn er keine manifesten Syphilissymptome hat. Erst nach einer sechsmonatlichen Behandlung mit Quecksilber und Jod gibt er die Erlaubnis zur Zeugung.

Im Falle eingetretener Schwangerschaft muss während der ganzen Dauer derselben die Mutter dieselbe Kur durchmachen. In einer 26jähr. Beobachtungsdauer und in hunderten von Fällen hatte Pinard durch seine Behandlungsmethode keinen Misserfolg zu verzeichnen. (H.)

Die Behandlung muss nach Gauchers und Bernards (17) Grundsätzen so frühzeitig als möglich beginnen und so energisch als möglich sein.

Empfohlen werden Hg. benzoic. subkutan und Sublimat intern. (H.)

Die Syphilis stiftet, wie Doktor (12) ausführt, ausserhalb der Ehe und bei den Männern, der Tripper innerhalb der Ehe und bei den Frauen mehr Unheil und Verheerungen in Gesundheit und Lebensglück. Ein Arzt, der seine Tochter verheiraten will, kann im allgemeinen vor Syphilis beruhigt sein, nicht jedoch vor Tripper. Als ein besonderes Unglück wird er es betrachten müssen, wenn seine Tochter mit Syphilis infiziert wird. Auf einen Tripper aber muss er mit einiger Wahrscheinlichkeit gefasst sein. (H.)

Gnizette (20) bespricht vier Fälle:

1. Fall im sekundären Stadium. Die Spermatozoen zeigen hydropische Anschwellung des Verbindungsstückes oder des Kopfes mit Chromatolyse. Die Samenkanälchen lassen stellenweise Alteration der Epithelien erkennen.

2. Fall, bereits seit einigen Jahren ins späte Stadium eingetreten. In beiden Hoden zwischen den Kanälchen Entzündungsherde und diffuse amyloide Degeneration der Arterien. Chromatolyse der Samenelemente.

3. Fall: Am Hoden eine gummöse Narbe. In der erhaltenen Hodenpartie waren die Epithelien der Samenkanälchen normal.

4. Fall: Bilaterale Orchitis fibrosa. Es findet sich Destruktion der Epithelien und Samenkanälchen, Azoospermie.

Es lehrt Fall 1, dass im Hoden isolierte Degenerationen ohne Entzündungserscheinungen vorkommen können.

Fall 2, dass eine Orchitis syphilitica in einem so geringen Grade vorkommen kann, dass sie dem Arzt entgeht.

Fall 3, dass nach einem geheilten Gumma im erhaltenen Teil des Hodens die Samenbildung sich wiederherstellen kann.

Fall 4, das Ende der Orchitis fibrosa ist vollständige Destruktion (Azoospermie). (H.)

Geschildert wird von Ledermann (26) u. a. eingehend die Syphilis des Skrotums, Hodens, Nebenhodens und Samenstranges. (H.)

Barthélemy (2) nimmt als sicher an, dass die syphil. Erscheinungen des Uterus häufiger sind, als man bisher geglaubt hat, sei es infolge von direkter, sei es infolge konzeptioneller Ansteckung. Denn der Uterus sei der Einwirkung des syphilitischen Giftes im Falle einer Gravidität unmittelbar ausgesetzt, da er den vom Vater infizierten Fötus beherbergen muss. Veränderungen in den Ovarien infolge von hereditärer Lues verschulden in den meisten Fällen die Sterilität syphilitischer Ehen. An der Hand zweier Krankengeschichten wird gezeigt, wie der Ausdruck tertiär luetischer Affektionen der Ovarien profuse Meno- und Metrorrhagien sein können, die in beiden Fällen infolge einer spezifischen Hg-Behandlung zur Heilung kamen. (H.)

Sehr heftige unstillbare Blutungen, die jeder Therapie trotzen, beruhen zuweilen auf Syphilis. So bei einer 26 jährigen Frau aus Franceschinis (13) Praxis, die vor fünf Jahren von ihrem Manne Lues akquirierte und mehrere Male abortierte. Hg-Behandlung brachte Heilung. (H.)

Jedesmal wenn das Ei infiziert ist, ob von väterlicher oder mütterlicher Seite aus oder von beiden, finden sich, wie Schwab (43) ausführt, in der Nachgeburt konstante und charakteristische Veränderungen. (H.)

Genaue Beschreibung aller Symptome, die das neugeborene syphilitische Kind zeigt, durch Gailleton (15). Bemerkenswert ist das Verhältnis des Gewichtes des ausgetragenen Fötus zu dem der Plazenta. Es beträgt normalerweise $^1/_6$, bei Syphilis $^1/_4$—$^1/_5$. (H.)

Sofort nach der Geburt, fast auf den ersten Blick, kann man den Ausführungen Shukowskys (44) zufolge die Diagnose kongenitale Syphilis stellen aus der Trockenheit und Beweglichkeit der Epidermis. Bei Bewegungen des Kindes gerät die Haut über grössere Strecken hin in eine eigentümliche Bewegung, welche den Eindruck einer sich kräuselnden glänzenden Oberfläche macht. Nach einigen Tagen schuppt die Haut lamellös, es treten tiefe Risse und Rhagaden auf. Der Exitus erfolgt gewöhnlich binnen sechs Tagen. (H.)

Einer Statistik H. Neumanns und Oberwarths (37) zufolge, über 69226 innerlich kranke Kinder, litten 690, d. h. 1 %, an angeborener Syphilis. (H.)

Eine gesunde Frau, die Novy (38) beobachtete, wurde von einem syphilitischen Vater zweimal gravid und gebar stets syphilitische Kinder, die sie selbst stillte. Beim Stillen des zweiten Kindes, drei Monat post partum, bekam sie eine Initialsklerose an der Brustwarze und machte hierauf Lues durch. Sie hatte also keine Immunität gegen Lues gewonnen und bildet eine Ausnahme des Baumès-Colleschen Gesetzes. (H.)

Beschreibung eines Falles durch Horvath (21), wo ein syphilitisches Schenkelgeschwür infolge Behandlung mit Hg und Jodkali heilte. Nach 1/2 Jahre heiratete der junge Mann und seine Frau erkrankte nach drei Monaten an Syphilis. Da kein aussereehelicher Koitus anzunehmen ist, so ist die Infektion durch Sperma wahrscheinlich. (H.)

Es wird eine 37jährige Frau durch Gaucher (16) vorgestellt, bei welcher seit 14 Tagen ein ulzerierendes Gumma an der rechten Hüfte beobachtet wird, ohne dass bisher Zeichen von Lues vorhanden waren. Sie hatte zehn Kinder, von denen eins lebte, die anderen starben früh, wurden jedoch nicht als syphilitisch befunden. Der Mann hatte vor langen Jahren Lues. Es ist also eine Infektion der Frau auf dem Plazentarwege anzunehmen, die sich 19 Jahre später durch das Gumma zeigte. (H.)

Der sicherste Weg der Syphilisübertragung ist der durch den Plazentarkreislauf. Die Übertragung durch das Sperma oder durch das Ovulum hält Buschke (10) für fraglich. Die Übertragungsfähigkeit bei der Frau dauert länger als beim Mann. Erfolgte die Infektion der Mutter gegen Ende der Schwangerschaft, so pflegt das Kind häufig gesund zu bleiben, so dass die sonst während und gegen das Ende der Schwangerschaft übliche Behandlung hier unterbleiben kann. Ein Kind syphilitischer Eltern sollte wenigstens drei Monate, besser aber noch bis zu einem Jahre beobachtet werden. Erst wenn Symptome von Lues vorhanden sind, soll eine Behandlung stattfinden. (H.)

Cottel (11) beobachtete während einer 32jährigen Praxis nur sieben bis acht Fälle von angeborener Syphilis. Auch fast von allen Rednern wurde in der Diskussion hervorgehoben, wie selten kongenitale Lues an neugeborenen Kindern beobachtet würde. Erst in späterem Alter kommen sehr häufig Fälle von syphilitischen Augen-, Ohren- und Nasenaffektionen zur Beobachtung, bei welchen unzweifelhaft die Lues kongenitalen Ursprungs ist. Daraus kann man ersehen, dass viele Fälle von Lues congenita bei Neugeborenen von den Ärzten übersehen werden. (H.)

Bei der durch Marshall (28) behandelten Tochter einer syphilitischen Mutter zeigten sich im Alter von 16 Jahren Zeichen von Lues III. Sie heiratete mit 19 Jahren und gebar drei Kinder, von denen das älteste Symptome von angeborener Lues (Sattelnase) hatte. Da die Symptome bei diesem Kinde nur leicht auftraten, so ist anzunehmen, dass die Krankheit hier auch in der dritten Generation ererbt worden ist. Der Vater dieses Kindes ist zwar nicht untersucht worden, doch ist nach Lage der Sache eine Infektion von dieser Seite her auszuschliessen. (H.)

Trennung der Begriffe kongenital und hereditär von seiten Martius (29). Es gibt bloss eine kongenitale Syphilis. Hereditär kann nur eine gewisse Degeneration der Kinder sein infolge des schwächenden Einflusses des syphilitischen Virus auf die keimbereitenden Organe der

Eltern, ähnlich wie es bei der Wirkung des Alkohols der Fall ist. Diese hereditäre Schwäche ist wohl zu nnterscheiden von hereditärer Syphilis. (H.)

Lesser (27) unterscheidet folgende Arten der Vererbungsmöglichkeiten bei Lues:

1. Beide Eltern sind syphilitisch,
    a) germinative,
    b) plazentare Übertragung.
2. Mutter ist syphilitisch,
    a) Infektion der Frucht von der Eizelle aus,
    b) durch den Plazentarkreislanf.
3. Vater ist syphilitisch.
4. Beide sind gesund, Mutter wird post conceptionem syphilitisch.

Die Syphilis der Mntter ist von schlimmerem Einfluss, als die des Vaters. Beim Manne besteht die Wahrscheinlichkeit der erblichen Übertragung nur in den ersten Jahren nach der Infektion, nach fünf Jahren ist sie in den weitaus meisten Fällen erloschen. Bei der Frau danert die Infektionsmöglichkeit viel länger, ja 10—20 Jahre lang. Es ist Pflicht des Arztes, sofort bei Beginn der Behandlnng die Erkrankten auf die Gefahren, die eine Eheschliessung mit sich bringt, aufmerksam zn machen. (H.)

Solger (45) richtet sich gegen die Thesen von Jesionek, dass 1. das Sperma eines Syphilitikers Kontaktinfektion bewirken kann, 2. dass das Sperma die Syphilis vom Vater auf die Frucht übertragen kann, 3. dass es einen Choc en retonr gäbe. Gegen Punkt 1 sei theoretisch nichts einzuwenden. Punkt 2 und 3 dagegen würden durch den von Jesionek geschilderten Krankheitsfall nicht bewiesen.

Verf. tritt für eine scharfe Trennung der Begriffe hereditäre und kongenitale Lues ein. (H.)

Pinard (41) schlägt folgende Massnahmen zum Schutze der Ammen und Sänglinge gegen Syphilis vor:

1. Wenn möglich, so soll jede Mutter ihr Kind selbst nähren.
2. Es mnss eine allgemeine Belehrung über die Gefahr der Syphilis und die Art der Übertragung durch das Nährgeschäft gegeben werden.

Ein Kind syphilitischer Eltern darf jedenfalls auch bei scheinbarer Gesundheit nicht oder wenigstens nicht in den ersten drei Monaten einer gesunden Amme übergeben werden.

Zum Schutze der Ammen empfiehlt Pinard eine prophylaktische Behandlung der Eltern vor der Zeugung und während der Schwangerschaft und eine Belehrung, dass ihr Kind für jede Frau ausser für die eigene Mntter eine Infektionsgefahr sei. Die Amme selbst darf nur ein Kind an die Brnst nehmen, welches nach Überzeugung des Arztes nicht imstande ist, die Amme anzustecken. Tritt trotzdem eine Infektion der Amme durch den Säugling ein, so muss dieselbe durch Gesetz so geschützt und entschädigt werden, als ob es sich um einen Betriebsunfall handelt. Zum Schutze des Säuglings muss jede Amme, die von einem Sängling zu einem anderen übergeht, ein medizinisches Gutachten bringen, dass das bisher gestillte Kind absolut gesund ist. Ohne dieses darf eine Amme innerhalb zwei Monate kein anderes Kind an die Brust nehmen.

In der Diskussion betont Barthélemy, dass oft, wenn die Mutter nicht nähren kann, die Kinder nur durch eine Amme zu retten sind, besonders solche schwächlichen Kinder, deren Eltern früher Lues hatten, aber gut behandelt waren. Natürlich dürfen die Kinder keine Zeichen von Lues haben, wenn man sie der Amme gibt. Verf. hat in solchen Fällen niemals eine Infektion der Amme gesehen. (H.)

Es handelt sich in Gravagnos (19) Falle um eine verheiratete Frau, die beim Stillen eines fremden Kindes einen Primäraffekt an der Mamma bekam. Das Kind hatte Rhagaden am Munde, die jeder lokalen Therapie trotzten. Der Fall beweist die Notwendigkeit einer peinlichen Untersuchung Neugeborener durch spezialistisch geschulte Ärzte. Man soll schwache, im Ernährungszustand zurückgebliebene, scheinbar gesunde Kinder, deren Anamnese unbekannt ist, lieber künstlich ernähren, um solche Ammeninfektionen zu vermeiden. Jedenfalls aber darf man sie in den ersten drei Monaten keiner Amme übergeben. (H.)

Für die Frage der Gonorrhoeheilung und Erteilung des Ehekonsenses bezeichnet es Leven (27a) als ausserordentlich wichtig, dass in dem Sekret und den Fäden nur eine geringe Anzahl von Eiterkörperchen enthalten sein darf. Eine konstant bleibende geringe Anzahl von Eiterkörperchen, ein langes Zurückliegen der letzten Infektion und Exacerbation, sowie ein Freisein des Patienten von erheblicheren Symptomen vorausgesetzt, wird man dem betr. Patienten eine Ehe wohl gestatten können. (v. Z.)

In der Schrift Waldvogels (53) wird Keuschheit bis zur Eheschliessung empfohlen. (H.)

Die Geschlechtskrankheiten nennt Morrow (34) Krankheiten des sozialen Organismus. Sie schädigen besonders die Fortpflanzungsorgane, üben zerstörenden Einfluss aus auf Gesundheit und produktive Energie der Familie. Eine Übertragung erfolgt durch die Prostitution und in der Ehe. Der Kampf gegen die Prostitution ist mit gesetzlichen Mitteln nicht durchführbar. Gegen die Übertragung in der Ehe sind die Behörden machtlos. Der Mann überträgt die Krankheit auf Frau und Kinder bewusst. Der Wille, die Moral, das Verantwortlichkeitsgefühl des einzelnen Individuums muss beeinflusst werden. (H.)

Ein Prozess wegen Schadenersatzforderung (55) wurde durch alle Instanzen geführt.

Drei behandelnde Ärzte hatten dem Manne zwei Monate, bevor er die Frau infizierte, als vollständig geheilt entlassen. Die Reichsgerichtsentscheidung lautete: Der von der Bösartigkeit seines Leidens unterrichtete Beklagte hätte sich sagen müssen, es könne die Krankheit, die gewöhnlich drei Jahre und länger währt, noch vorhanden sein.

Verurteilung zu Schadenersatz. (H.)

Neisser (36) will für Fälle, bei denen aus der Aufrechterhaltung der ärztlichen Diskretion schwere Schädigungen dritter Personen oder der Allgemeinheit resultieren, ein Offenbarungsrecht, ja sogar eine Anzeigepflicht gesetzmässig zugebilligt haben. „Soll der Arzt schweigen, wenn er sieht, dass ein von ihm behandelter, aber noch ungeheilter Kranker sich mit der Tochter eines ihm nahestehenden Mannes verlobt?!" Rechtsanwalt Hippe-Dresden ist der Ansicht, dass der Brautvater ganz allein die Schuld trage, wenn bei einer Eheschliessung das Unglück einer Ansteckung erfolge. Er habe sich nicht rechtzeitig über den Ge-

sundheitszustand seines Schwiegersohnes vergewissert. Reiß-Stuttgart weist auf die Schwierigkeit hin, die bei Aufhebung des § 300, welcher die Verletzung des ärztlichen Berufsgeheimnisses nnter Strafe stellt, bei geschlechtskranken Verheirateten erwachsen würde. Er hat sich bisher nicht für berechtigt gehalten, dem gesundgebliebenen Ehegatten von der Erkrankung des anderen Mitteilung zu machen; er hat dafür nur Sorge getragen, dass der gesundgebliebene Ehegatte oder die Familie durch geeignete Massnahmen vor Übertragung geschützt blieben. Der Arzt, der anders handeln würde, streue Zwietracht in die Familie seines Patienten und gebe indirekt den Anstoss zur Ehescheidung. Ausserdem werde die Zahl derer, die dem Arzte falsche Namen angeben, noch vergrössert. (H.)

„Den Angehörigen der Braut Mitteilung von der Erkrankung des Bräutigams zu machen, ist nach Moll (32) berechtigt, sofern die Sorge um das Wohl eines Menschen oder die Wahrnehmung persönlicher Interessen es gebietet." Moll rät jedoch, das Berufsgeheimnis bis zur äussersten Grenze zu wahren, ev. zu versuchen, den Bräutigam von der Heirat abzubringen. (H.)

LXV.

Grenzgebiete nach der gerichtlichen Medizin hin, besonders Hermaphroditismus.

Bearbeitet von **Ullmann**-Wien, mit Beiträgen von **Selenew**-Charkow und **Verrotti**-Neapel (im Auftrage von **De Amicis**-Neapel).

Literatur:

1. Allen, D. P., Case of hermaphrodite. Ann. of Surgery. Dezember.
2. Barberio, Michelo, Nuovn reazione microchimica dello eperme o eua applicazione nelle ricerche medico-legali. Rendic. d. R. Accadem. d. sc. fisiche e matemat. di Napoli, Fasc. 4. April.
3. Branne, Fall von konträrer Sexualempfindung. Gutachten nach zweimaliger Verurteilung. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin u. öffentl. Sanitätswesen. Supplementheft zum Bd. 29. S. 83.
4. Breda, A., Esame medico-legale dell' imene. Riv. Veneta di scienze mediche.
5. Calwell, W., Observations on dwarfism and infantilism. Brit. med. Journ. 24. Jnni.
6. Corhy, H., Removal of a tnmour from a hermaphrodite. Brit. med. Jonrn. 23. September.
7. Debierre, Ch., Malformations of the gonital organs of women. Philadelphia. P. Blakistone Son and Co.
8. Dnperron et Knelle, Observation d'hermaphroditisme. Ann. d'hyg. et de méd. colon. Juli. August, Sept.
9. Fibiger, Johannes, Beiträge zur Kenntnis des weiblichen Scheinzwittertums. Arch. f. pathol. Anat. n. Physiol. n. f. klin. Med Bd 181. S. 1.
10. Forthomme, M. H., De l'hypoepadias balanique et pénien; son traitement chirurgical. Thèse de Nancy.
11. Henneberg, Pseudohermaphroditismus und Psychose. Psychietr. Verein zu Berlin. 18. III.

12. Hirschfald, Magnus, Zur Frage der Häufigkeit homosexuoller Vergehen. Münch. med. Wochenschr. S. 152.
13. Van der Hoop, E., n. Passtoors, Th., Een geval van hermaphroditismus spurius masculinus. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Nr. 15. 15. April.
14. Ihl, Otto, Eins seltens Missbildung des Urogenitalsystems eines totgsborenen Mädchens. Zeitschr. f. Gebnrtsh. und Gynäkol. Bd. 55. S. 373.
15. Kolhsn, Siegfr., Aus der polizeiärztlichen Praxis. 1. Erythema menstruale gyratum. Wiener med. Wochenschr. S. 1705.
16. Derselhe, Ans der polizeiärztlichen Praxis. III. Harnröhreoruptur und Ablösnng der Blase von der vorderen Bauchwand. Stoss gegen den Unterleib. Wisner med. Wochenschr. S. 1707.
17. Kuckuck, Sur le déterminisme dn sexe. Soc. de biol. 11 Mars.
18. Leppmann, F., Die Sittlichkeitsverbrecher. Eine kriminalpsychologische Studie. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin n. öffentl. Sanitätswesen. Bd. 29. S. 277. Bd. 30. S. 34.
19. Lydston, G. Frank, The diseases of society. (The vice and crime problem.) Philadelphia. J. B. Lippincott Co.
20. Mahire, Etat mental et physique des individus ponrsuivis pour attentats aux moeurs. Thèse de Bordeaux.
21. Meixner, Karl, Zur Frage des Hermaphroditismus verus. Zeitschr. f. Heilk. Bd. 26. S. 318. Abt. f. pathol. Anat.
22. Moresco, G., Un caso di anomalie genitali con rene atrofico. Gazz degli osped. 20. August.
23. Perugia, A., Infantilismo con atrofia dei genitali. Gazz. degli osped. 10. Sept.
24. Pick, Präparate über Adenome der männlichen nnd weiblichen Keimdrüse bei Hermaphroditismus verus und spnrius. Berl. mediz. Ges. 5. IV. und Berliner klin. Wochenschr. S. 502.
25. Derselbe, Über Neubildungen am Genitale bei Zwittern, nebst Beiträgen zur Lehre von den Adenomen des Hodens und Eierstockes. Arch. f. Gynäkol. Bd. 76. S. 191.
26. Poltawzew, A. P., Entwickelungsanomalie der Geschlechtsorgane. Protokolle der Charkower Dermatologischen und Venerologischen Gesellschaft. Sitznng am 5. Mai. Russisches Journal der Hant- nnd venerischen Krankheiten T. IX. Mai.
27. Reizenstein, A., Über Pseudohermaphroditismus masculinus. Ärzt. Verein in Nürnberg. 6 IV.
28. v. Rosthorn, Fall von Pseudohermaphroditismus masculinus completus. Naturhistor.-med. Verein. Heidelberg. Med. Sektion 28. XI. (Diskuss.: Nissl.)
29. Stinson, J. C., Improved operation for hypospadias involving the glans and penile portion of the urethra. Journ. of the Amer. med. Assoc. 2. Dezember.
30. Stolper, Männlicher Scheinzwitter mit Hypospadia penoscrotalis totalis und linksseitigem Kryptorchismus. Med. Ges. in Göttingen. 8. VI.
31. Stolper, P., Zwitterhafte Menschen. Ärztliche Sachverständigenzeitung. Nr. 1.
32. Unger, Ernst, Beiträge zur Lehre vom Hermaphroditismus. Berliner klin. Wochenschr. S. 499.
33. Wederhake, Zur Untersuchung menschlicher Samenflecke für gerichtliche Zwecke. Deutsche med. Wochenschr. S. 997.

Wederhake (33) empfiehlt folgende Untersuchungsmethode auf Spermatozoen: Der Fleck wird mit Wasser oder physiologischer Kochsalzlösung aufgeweicht, die Flüssigkeit mit dem abgelösten Inhalt zentrifugiert oder im Spitzglas zur Sedimentierung gebracht. Das Sediment etwa 1 ccm) wird mit einigen Tropfen Jodtinktur geschüttelt, dann 1 ccm einer Crocein-Scharlachlösung dazu gegeben und wieder geschüttelt. Die untersuchte Flüssigkeit wird ins Zentrifugen-Röhrchen gegossen, dieses mit Wasser nachgefüllt, wieder zentrifugiert, pipettiert und auf einem Objektträger mit Deckgläschen untersucht. Die Köpfe der Spermatozoen sind intensiv rot gefärbt und können leicht aufgefunden werden.

Der Farbstoff ist von Kalle und Cie. Bieberich a. Rhein zu beziehen. Man löst ihn in 70%igem Alkohol bis zur Konzentration und filtriert ihn dann. (U.)

Breda (4) armiert einen Irrigator mit einem Gummischlauch, an dem ein Harnröhrenkatheter (Lamotte) oder ein Glasrohr befestigt ist

nnd schieht diese Röhre möglichst hoch in die Scheide. Je grösser der Widerstand ist, den das heranstretende Wasser zu überwinden hat, um so mehr dehnen nnd strecken sich natürlich dabei die Ränder des Hymens, das so seine Zipfel, seine Zotten und Auszackungen am vollkommensten darbietet. Verf. übt schon 20 Jahre lang diese Scheidenvulvarspülungen, meistens bei an Tripper kranken oder anch nur bei verletzten Kindern, und hat hierzu die Kokainisierung des Hymens, das sich auf diese Art und Weise ganz spannen lässt, ohne dass man nötig hat, die Harnröhrenmündnng nach oben zu drängen, für völlig unnötig gefunden. (V.)

Zur Zeit der Menses treten bei dem 25jährigen Mädchen aus Kolbens (15) Beobachtung, und zwar seit Bestehen der Menstruation stets bei Eintreten derselben rotviolette, kaum über das Hautniveau hervorragende Kreise oder Kreissegmente mit blassen, nicht schuppenden Zentren auf, und zwar besonders in der Gegend des Sternums, der seitlichen Banchwand nnd der Oberschenkel. Es ist zwar chronische Gonorrhoe vorhanden, doch setzte das Exanthem anch schon vor Bestehen dieser ein. Dieselbe Anomalie ist übrigens bei ihrer Schwester zu beobachten. Einspritzen hochvirulenten Gonokokkentoxins bewirkte keine Änderung des Exanthems, das regelmässig nach 4—5 Tagen wieder vergeht.

Bemerkungen oder Literaturangaben sind keine beigefügt.

(Solche menstruelle Hauterscheinungen ebenso wie Akne, sind wiederholt [z. B. von Buckley] beschrieben. Der Ref.). (U.)

Die Ruptur der Harnröhre erfolgte in Kolbens (16) Falle nach starkem Stoss gegen den Unterleib im Bereiche der Pars membranacea. 3 cm nnterhalb des Schnepfenkopfes und stellte einen 2 cm langen mit 6 mm klaffenden, scharfrandigen, etwas zackigen Schleimhautriss dar. Unter der Schleimhaut befand sich ein kirschengrosser Hohlraum, in dem Urininfiltration erfolgt war, welche znr Sepsis geführt hatte. Die auffällige Lokalisation der Rnptnr ist wohl durch Contrecoup auf die zur Zeit des Stosses straff gefüllte Blase bewirkt. Bemerkungen oder Literaturangaben sind nicht beigefügt. (U.)

Leppmann (18) bringt eine sorgfältige und reichhaltige Kasnistik aus der kgl. Straf- nnd Irrenanstalt in Moabit, um der Frage der Verbrechen aus Krankheitsursachen näher zur kommen.

I. Gruppe: Sittlichkeitsverbrechen an Kindern (60 Fälle),
II. „ Notzucht an Erwachsenen (30 Fälle).
Von I. waren 25 Fälle geistig abnorm,
„ II. „ 10 „ „ „

In I. leugnet der Verf. den Kinderschändungstrieb, sondern nimmt Geistesschwäche bis Idiotismus an. Dabei finden sich meist Degenerationsmerkmale, Schädelanomalien, Unmöglichkeit sich normal mit dem anderen Geschlechte zu vereinigen: Daraus folgt Kinderschändung oder Notzucht.

Onanie und Trunksucht, durch Schwachsinn, mangelnde Erziehung, oder das Milieu herbeigeführt, sind häufig zu beobachten. Hierher gehören die „seelisch Minderwertigen“, die „Deséquilibré“, d. s. die ohne inneres Gleichgewicht, bei denen die Phantasie logisches Denken überwuchert: internationale Hochstapler, Jähzornige etc.

Auch Neurosen, Epilepsie (besonders häufig), Hysterie (selten und nur in der II. Gruppe) nnd Neurasthenie sind mehr minder in beiden

Gruppen angedeutet. Übergeordnet ist die seelische Minderwertigkeit. Aber die Stellung der erworbenen oder angeborenen Momente in der Ätiologie ist nicht immer leicht zu treffen. Ursache und Folge werden dabei oft verwechselt.

Bei Notzucht sind Kopfverletzungen eine häufige Ursache. Masturbation findet sich hier seltener als in Gruppe I.

In beiden Gruppen finden sich geistig Gesunde, aber in der Minorität unter ihnen sind 10 Kinderschänder, 7 Notzüchtler.

II. Teil: Einflüsse, die den Sittlichkeitsverfall bedingen.

Sozial: Wohnungselend, Schlafburschenwesen, Arbeitslosigkeit.

Körperlich: Krüppelhaftigkeit, Kränklichkeit und dadurch sitzende Lebensweise, Halbblindheit.

Verhältnisse der Angegriffenen: Armut, Geldgier der Eltern bis zur Kinderprostitution, mangelndes Gefühl für nötige geschlechtliche Zurückhaltung, wilde Tänze, Volksfeste, schlechte Sitten, Alkoholismus und Beruf zeigen hier ihren prädisponierenden Einfluss. Unglückliche Ehe und Mangel an geschlechtlicher Befriedigung in derselben aus somatischen Gründen mit und ohne Alkohol spielen ebenfalls eine grosse Rolle.

Somit: Solche Verbrechen gehen hervor

I. aus inneren Ursachen:

1. Wahllosigkeit des geschlechtlichen Empfindens und zwar dauernd (Schwachsinn) oder vorübergehend (akuter Alkoholismus),
2. geschlechtliche Übererregbarkeit, entweder dauernd (Neurastheniker, Degenerierte, Trinker, Onanisten) oder vorübergehend (nach langer sexueller Abstinenz, durch Mangel an körperlicher Arbeit, akuten Alkoholismus oder aus anderen inneren Reizungen),
3. Perversität angeboren oder besonderer Art.

II. Aus äusserer Veranlassung:

Soziale Missstände (Armut, üble Volkssitten), besonders das Verhältnis der männlichen zu den weiblichen Personen z. B. im Beruf (Lehrer, Geistliche etc.), endlich andere Umstände (Stiefvater, Vormund etc.) und Zufälle.

III. Teil. Bemerkungen über mangelnde Rechtspflege und Rechtsbestimmungen in dieser Beziehung, mit der Mahnung, dass die Ärzte mehr wie bisher in öffentlichen Strafhäusern Zeit und Gelegenheit nehmen sollten, sich mit solchen Fragen vom medizinischen und kriminalistischen Gesichtspunkte aus zu beschäftigen. Beigegeben sind 90 Krankengeschichten mit Résumés. (U.)

Der im Thema „sexuelle Perversitäten" und „geschlechtliche Zwischenstufen" seit Jahren tätige Hirschfeld (12) erwiedert hier auf einen Artikel Dr. Bumkes, der zur Frage der Häufigkeit homosexueller Vergehen Stellung genommen und die Statistik Hirschfelds einer scharfen Kritik unterzogen hatte. Hirschfeld hatte die Zahl der homosexuellen Verkehre resp. Akte mit 8,597315 pro Tag in Deutschland angegeben, eine Angabe, die Bumke eine Ungeheuerlichkeit nannte. Hirschfeld verteidigt hier seine Ansicht und bemerkt, dass davon nur 0,007 % unter das Strafgesetz fallen. Er hält die mutuelle Onanie für die häufigste Art homosexuellen Verkehrs. Gleichzeitig verzichtet Bumke in einer redaktionellen Notiz auf eine Erwiderung. (U.)

Braune (3) giht ein Gntachten über einen wegen sexueller Perversitäten (Zuneignng zum männlichen Geschlechte und Annäherung in strafbarer Absicht) verurteilten Offizier ah; er ist hochgradiger Neurastheniker nnd Onanist und hereditär neurasthenisch belastet. Branne bemüht sich, jene Handlnngen, als unter Zwangsvorstellnngen und Anfhebung der freien Willensbestimmung geschehen, hinzustellen und erzielte Freisprechung. Näheres s. Krankengeschichte. (U.)

Stolper (31) fordert zn einer Sammelforschnng über zwitterhafte Menschen auf, unter Berücksichtigung gewisser Gesichtspunkte, und hringt selhst drei eigene Beobachtungen von als Männer geltenden Zwittern mit ansgesprochenem Hahitns femininns. (U.)

Meixner (21) hringt den Befnnd von Hermaphroditismus verus an einem reifen, neugeborenen Knahen mit akzessorischen Nehennieren an den Hoden. Ein ähnlicher Fall wurde als H. femininus hilateralis von Heppner heschriehen und blieb neuerdings unwiderlegt, wenn anch hezweifelt.

Die für Hoden gehaltenen Körper waren Nehennierengewebe. Dies sei ein Zeichen, wie viele Irrtümer üher H. vorkämen.

Daran angeknüpft folgt eine Literaturstudie über H. f. hilateralis und nnilateralis, und Verf. hält auf Grund der grobanatomischen nnd histologischen Befnnde die Grenze zwischen einfachen hyperplastischen und hermaphroditischen Znständen der hetreffenden im Sexnalcharakter fraglichen Keimdrüsen als diagnostisches Mittel für unznreichend nnd damit die ganze Frage der Entscheidung über die geschlechtliche Natur von H. f. für derzeit nicht in jedem Falle zur Entscheidung bringhar. (U.)

Ohdnktionshefund einer 37jährigen Schneiderin aus Ungers (32) Beohachtung, die an den Folgen einer Operation zur Behehung einer schweren Epilepsie (Resektion des Ganglion Gasseri) an Kollaps gestorhen war und als zufälligen Befnnd Zwitterhildung gezeigt hatte. Es hestand am sonst weihlich angelegten Genitale ein Penis mit Andentnngen von Hypospadie, beiderseits Hoden, Nebenhoden, Hydatide, Müllerscher Gang vom Leistenkanal his zum Beginne der Vagina reichend und ein Uterus didelphys (rudimentär). Im distalsten Teile der Müllerschen Gänge sind Wolffsche Gänge in grösserer Ansdehnnng vorhanden.

Nach der Klebsschen Einteilnng haben wir es hier somit mit einem Falle von Pseudo-H. masculinus externus et internus (completns) zn tun. Ferner fand sich in einem Hoden eine alveolär gebaute grosszellige Geschwulstmasse, die dem histologischen Ban eines Epithelioma chorioectodermale entspricht, zndem: mnltiple, abgekapselte Adenome. Nach L. Pick entwickeln sich diese Geschwülste sowohl in männlichen wie weiblichen Keimanlagen als teratomartige Bildnngen.

Ferner folgt ein Fall von hochgradiger Hypospadie (H. penoscrotalis) ohne internen Befnnd. Das 27jährige Individuum war als Mädchen getanft und erzogen nnd stellte sich im 18. Jahre als Mann heraus. Die Angabe von menstruellen Blutungen erscheint verdächtig; denn er verdiente sich mit Demonstration seines Leibes Geld. Neben Mann und Weih giht es geschlechtlich unhestimmhare Individuen, eine Auffassnng, die sich schon hei Virchow findet. (U.)

Ausführliche Beschreihung des histologischen Befundes jenes Falles, den Unger ans der Bergmannschen Klinik heohachtete nnd in der Berliner med. Ges. demonstriert hatte (vergl. Ref. Nr. 32). (U.)

Pick (25) erörtert besonders die Bedeutung der Zwiscbenzellen nnd der Adenome des Hodens sowie das Verbältnis des Zwittertums zur Geschwnlstbildung.

Dazu ein sehr ausführliches Literaturverzeicbnis über die gesamten Fragen des Hermaphroditismus in anatomisch-histologischer Beziebung. (U.)

Pick (24) gibt znm ersten Falle Ungers den exakten histologischen Befund jener als „gelbe opake multiple Knoten im Nebenhoden" geschilderten und von ihm als Epitbelioma chorioectodermale bezeichneten Körper.

Ferner den bistologischen Befnnd einer adenomartigen tubulär gebauten Geschwulst im Ovarinm eines wahren Zwitters (Abt. Professor Landau).

Dies ist der dritte sichere Fall von wahrem H. beim Menscben. Der erste Fall wurde beschrieben von C. Salen 1899. Der zweite Fall von Simon, Virch. Arch. Bd. 172.

In allen diesen drei Fällen erweist sich das wahre Zwittertum in Gestalt einer bisexuell angelegten rudimentären Keimdrüse (Ovotestis), die sowobl einseitig als doppelseitig vorkommen kann. (Holzscbnitte von Mikrophotogrammen illustrieren die gediegene ausführlicbe Arbeit.) (U.)

Van der Hoop und Passtoors (13) beschreiben einen Fall von H. spurins masc., 1903 auf M. da Costas Klinik beobachtet. Ein 21jähriger Patient zeigte folgenden Befnnd: Grosse asymmetrisch geformte Labia majora, das linke grösser als das rechte, starke pigmentierte Behaarung. Die Nymphen, ziemlich symmetrisch, reicben, ca. $2^1/_2$ cm lang, bis zur penisartigen, ca. $3^1/_4$ cm langen Klitoris, diese hat eine dem Sulcus coronarins entsprechende deutliche Abschnürung. Relativ volnminöses Präputium. Das Perinaeum ist $5^1/_2$ cm lang. Bei der Palpation ergeben sich die beiden grossen Schamlippen als verdickte, in der Mitte gespaltene Skrotalhälften, die in der Tiefe des Leistenkanals beiderseits dentlichen Hoden und Nebenhoden mit rechts dentlich, links weniger deutlich in den Leistenkanal zu verfolgenden Fasciculi in sich hergen. Der linke Nebenhoden ist geschwollen und entzündet: Epididymitis sinistra. Beim Auseinanderfalten der Skrotalhälften klafft ein dentlicber Introitus vaginae (4 cm lang, blind endigend und dentliche und zahlreiche Carunculae myrtiformae zeigend). Die Vagina enthält gonokokkenhaltigen Scbleim; ebenso die kurze, weiblicb angelegte Urethra. Dabei lange Haare. Kein Bart. Deutlicber Adamsapfel. Thorax dicht behaart. Die Mammen sind männlicb, drüsenlos.

An den Fall knüpfen die Verff. folgende Konklusionen: Findet man Testes oder bei Kryptorchismus Spermatozoen, so bandelt es sich um ein männlicbes, findet man eine geregelte Menstrnation, um ein weibliches Individuum.

Andere Kriterien sind von nicht grosser Bedeutung, so Mammen, Behaarung, äusserer Habitus und Beschaffenheit der äusseren Genitalien.

Das Individuum trat in der Jugend als Frau, später als Mann anf. Noch im zwölften Jahre fanden unregelmässige Blutungen aus den Genitalien statt. Im 18. Jahre begann das Individunm den Koitus, und zwar auf männliche Weise. Im 16. Jahre begann der inkomplette Descensus testiculorum, da früher nie Hoden zu spüren waren, und sie blieben

im Leistenkanal. Da die inneren Genitalien anatomisch nicht untersucht wurden, ist das Vorhandensein oder Fehlen einer Ovotestis und damit die eigentliche Natur dieses Falles von H. nicht völlig geklärt. (U.)

Das Kind aus Poltawzews (26) Beobachtung bekam den Namen „Alexandra" bei seiner Geburt, doch am Ende des ersten Jahres bemerkte die Mutter eine Entwickelung des männlichen Geschlechtsorganes. Das achtjährige Kind stellte folgendes Bild dar: Hernia inguinalis dextra, nur rechte Hälfte des Hodensackes mit sehr kleinem Hoden. Der Penis ist auch sehr klein mit untergelegtem Gewebe zusammengewachsen, ohne Präputium, ohne Urethralmündung vom unteren Rande des Hodensackes nach oben zu. Das Perineum hat eine spaltenförmige Öffnung mit Urethralmündung; kein Zeichen von grossen und kleinen Labien. Also hier Monorchismus und Hypospadia peno-scrotalis. (S.)

Bei einem 21 jährigen Dienstmädchen mit femininem Typus (Gang, Haare, Fehlen des Bartes und einer Körperbehaarung, Mammen und über dem Mons Veneris horizontal abschneidende Behaarungsgrenze) fand Reizenstein (27) in einem gespaltenen Hodensack normale Hoden, ebenso kleinen Penis mit Vorhaut, erektale Glans, Sulcus bei Fehlen weiblicher Geschlechtsattribute. Kurze Demonstration des Falles. (U.)

44 Jahre altes Individuum aus v. Rosthorns (28) Beobachtung, als Mädchen erzogen, vor zwei Jahren von Ärzten als Mann agnosziert.

Männlicher Habitus und Gesichtszüge, tiefe Stimme, lange Kopfhaare, kein Brustdrüsengewebe. Rudimentärer, hypospadischer Penis, gespaltenes Skrotum. Rechts Hoden, Nebenhoden, Vas deferens deutlich nachweisbar, links Leistenhoden. Die Skrotalhälfte sieht aus wie eine Schamlippe. Per rectum palpiert man einen prostataähnlichen Körper. Sexuelle Neigung männlicher Art.

Innere weibliche Sexualorgane oder Menstruationsandeutungen fehlen. (U.)

Bei einem 24jähr. als Mädchen erzogenen männlichen Individuum fand Stolper (30) rechts Hoden und Nebenhoden voll entwickelt, links verkümmert, einen erektilen, aber verkümmerten, hypospadischen Penis, ebenso Spermatozoen bei Habitus masculinus.

Hier liegt wohl nur eine Hemmungsbildung, nicht eine bisexuelle Anlage vor, und Stolper hält wenigstens in diesem Falle den Beweis für das Vorhandensein echter Scheinzwitter nicht für erbracht. Zugleich bringt Stolper einen Fall von Epispadia totalis mit Blasenektopie bei einer Frau und Habitus femininus bei Hodenatrophie zur Erwähnung. (U.)

Fibiger (9) bringt drei Fälle von weiblichem Pseudo-Hermaphroditismus (1901—1903 in den Kopenhagener Krankenhäusern untersucht und behandelt: 2 Erwachsene, 1 neugeborenes Kind).

Verf. legt auf Grund genauer anatomischer Verhältnisse dar, dass es sich in allen Fällen um einen Pseudohermaphroditismus femininus externus (Klebs) handelte. An die anatomisch-histologischen Verhältnisse knüpft er Bemerkungen an über die Verhältnisse der sekundären Geschlechtscharaktere (bei Fall 1 und 2), bezüglich Körpergrösse, allgemeinen Anssehens, Rumpfbildung, Extremitäten, Becken, Larynx, Mammae, Bart und Schamhaare — die hier durchaus männlichen Typus zeigten. Die Nebennieren erwiesen sich als hyperplastisch. Das sexuelle

Empfinden der Erwachsenen war das von Männern (auch wählten sie männliche Berufe), trotz Vorkommens von Ovarien und Fehlens der Testes. Fraglich bleibt es, ob die vorhandene Prostata eine Rolle gespielt hat. (U.)

Ihl (14) berichtet über eine besondere, noch nicht beschriebene Art von Pseudohermaphroditismus durch eine penisartige Anschwellung der Klitoris bei einem sonst femininen Individuum mit Atresia vaginalis und Kloakenbildung zwischen Rektum und Vagina und tumorartiger Erweiterung der Vagina durch Urin und Kotretention. (U.)

LXVI.

Ausscheidung pathologischer Bestandteile mit dem Harn. Harnuntersuchungsmethoden. Eigenschaften der im normalen Harn vorkommenden Stoffe und ihr Verhalten bei pathologischen Prozessen.

Bearbeitet unter Leitung von **M. Matthes**-Cöln durch **E. Gottstein, Hürter, Quenstedt** und **Salecker**, sämtlich in Cöln.

Literatur:

1. Abderhalden, Emil, und Schittenhelm, Alfred, Ausscheidung von Tyrosin und Leucin in einem Falle von Cystinurie. Hoppe-Seylers Zeitschr. f. Physiol. Chemie. Bd 45. S. 468.
2. Adler, Rudolf, und Adler, Oskar, Die Fällbarkeit des Fruchtzuckers durch Bleiessig im Harn. Berichte der Deutsch. chem. Ges., Jahrg. 38, S. 1164.
3. Ajello, Giuseppe, de Meis, Vincenzo und Parascandolo, Carlo, Über den Wert der Kryoskopie zur Erkennung der Leberinsuffizienz. Wien. med. Wochenschr. 1904. Nr. 52. 1905. S. 35, 95, 144, 190, 240, 286.
4. Albu, A., Physiologische Stigmata körperlicher Degeneration (Achylia gastrica und orthotische Albuminurie). Berliner klin. Wochenschr. Festnummer für C. A. Ewald, S. 57.
5. Astolfoni, G. e Valeri, G. B., Contributo allo studio della glicosuria da florizina. Morgagni, September.
6. Austin, A. E., Senile albuminuria. Boston med. and surg. Journ. 13. Juli.
7. Austregesilo, A., Sobre a diazoreacção nas molestias tropicaes. Rev. med.-cirurgica do Brazil. März.
8. Derselbe, Über die Diazoreaktion bei den tropischen Krankheiten. Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene. S. 226.
9. Axisa, E., Über Harnstoff- und Ammoniakausscheidung im Harn bei Leberabszess. Zentr.-Bl. f. inn. Med. 23. September.
10. Baer, Julius, Über die Einwirkung der Glykuronsäureausscheidung auf die Acidose. Zeitschr. f. klin. Medizin. Bd. 56. S. 198. Mit Bemerkungen von Julius Wohlgemuth. Ebenda. S. 407.
11. Baldwin, Helen, The excretion of acetone and diacetic acid in a case of pernicious vomiting of pregnancy. Amer. Journ. of the med. Scienc. Okt.
12. Bangs, L. B., Hematuria as a symptom of hydronephrosis; nephrectomy; cure. Med. News. 11. Februar.
13. Bar et Dennay, La polyurie à la fin de la grossesse normale. Soc. de biol. 25. Febr., 4. März.

14. Barberio, M., Contributo alla morfologie del l'ossalato di calcio dei sedimenti urinari dell' uomo. Giorn. dell' Assoc napol. dei medici e natural. XIV, 2.
15. Barbier und Brieart, Urinausscheidung bei tuberkulösen Kindern. Intern. Tuberkulose-kongr.
15a. Bartling, Harry, Ein Beitrag zur Frage der Ammoniakausscheidung im menschlichen Organismus. Diss. Göttingen.
16. Bauer, Die Ehrlichsche Aldehydreaktion im Harn und Stuhl. Ges. f. innere Medizin u. Kinderheilk. in Wien. 15. VI.
16a. Bauer, Ernst, Über den Nachweis und die Bedeutung des Indikans im Harn des Pferdes. Vet.-med. Diss. Giessen.
17. Bazy, Albuminurie prémonitoire de la tuberculose rénale. Soc. de chir. 5. April.
18. Deraelho, De la pollakiurie et de l'incontinence d'urine nocturnes dans la tuberculose du rein. (Diskuss.: Legrand.) Soc. de chir. 25. Okt.
19. Dereelho, Pollakiurie nocturne. Incontinence nocturne d'urine symptomatique de la tuberculose rénale. Diagnostic précoce de la tuberculose rénale. Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris. S. 888 (25. X.).
20. v. Behring, E., Ultramikroskopische Protein-Untersuchungen. Beitr. z. experim. Therapie. Heft 10. S. 22.
21. Bertram, H., Über Oxydation durch Harn. Arch. f. d. ges. Physiol. des Menschen und der Tiere. Bd. 10<. S. 109.
22. Bignon, Contribution à l'étude de l'hyperchlorurie dans la tuberculose des voies urinaires. Thèse de Bordeaux.
23. De Bil, F., De la crise phosphaturique prolongée consécutive à la fièvre typhoide. Thèse de Lille.
24. Blacker, G. F., On the albuminuria of pregnancy, and the kidney of pregnancy. Lancet. 23. Dezember.
25. Bödtker, Eyvind, Beitrag zur Kenntnis der Cystinurie. Hoppe-Seylers Zeitschr. f. Physiol. Chem. Bd. 45. S. 393.
26. Brandeis, R., L'urine des parkinsoniens. Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux. 18. Juni.
27. Budden, C. W., The diazoreaction in tuberculosis. Brit. med. Journ. 6. Mai.
28. Burian, Richard, Die Herkunft der endogenen Harnpurine bei Mensch und Säugetier. Hoppe-Seylers Zeitschr. f. Physiol. Chemie. Bd. 43. S. 532.
29. Cabot, R. C., Clinical examination of the urine. Journ. of the Amer. med. Assoc. 18. und 25. März.
30. Camerer, W., Der Harnstoff im menschlichen Urin. Zeitschr. f. Biologie. Bd. 46. S. 322.
31. Cammidge, P. J., The reaction of phenylhydrazin with other substances than dextrose occurring in the urine. Lancet. 1. Juli.
32. Campanella, G., L'indice colorimetrico di eliminazione del iodo, nei diversi impieghi curativi dei ioduri. Gazz. degli osped. 16. Juli.
33. Cavazza, E., La diazoreazione nella tubercolosi. Policlinico. 27. August.
34. Chiadini, M., Sulla presenza della albumina acetoeolnbile nelle urine. Clinica medica italiana. Jan.
35. Chrietin, E. F., Albuminurie et menstruation. Thèse de Parie.
36. Cioffi, E., Malaria con emoglobinuria senza zanzare. Clinica moderna. 14. u. Cl. Juni.
37. Citron, H., Das Gär-Saccharoskop, ein neuer Apparat zur quantitativen Zuckerbestimmung. Deutsche med. Wochenschr. S. 1753.
38. Colombino, Cytologie des sédiments urinaires. Soc. de biol. 17. Juni.
39. Corbus, B. C., Apparatus for testing the electric conductivity of urine. Joint meeting of the Chicago Urolog. and Chicago med. Soc. 1. III.
40. Cottet, J, De l'oligurie habituelle physiologique. Rev. de méd. April.
41. Cramhade, F., Gravelle simulée chez une hystérique. Thèse de Montpellier.
42. Croftan, Alfred C., The glycosuria of hepatic insufficiency. Illinois State med. Soc. 16.—18. V.
43. Cushing, E. F. and Clarke, T. W., Copious water-drinking and polyuria in typhoid fever; a contribution to treatment. Amer. Journ. of the med. Scienc. Februar.
44. Czernecki, Wincenty, Zur Kenntnis des Kreatins und Kreatinins im Organismus. Hoppe-Seylers Zeitschr. f. Physiol. Chemie. Bd. 44. S. 294.
45. Dehon, M., Sur la technique de la détermination du coefficient azoturique et sur l'importance de quelques causes physiologiques et pathologiques qui font varier ce coefficient. Journ. de physiol. et de pathol. gén. Mai.
46. Dehn, William M., Eine Methode zur schnellen Chlorbestimmung im Harn Hoppe-Seylers Zeitschr. f. Physiol. Chemie. Bd. 44. S. 11.

47. Deiana, O., Sul valore clinico della siadrome urinaria nella insufficieaza epatica. Clinica moderna. 28. Jnni und 5. Juli.
48. Donath, Julius nnd Landsteiner, Karl, Über paroxysmale Hämoglobinurie. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 58. S. 173.
49. Donnan, W. D. and F. G., The surface teasion of urine in health and disease with special reference to icterus. Brit. med. Journ. 23. Dezember.
50. Dufourt, E., De la valeur biologiqne du coefficient azoturiqae. Lyon méd. 19. März.
51. Dukee, C., The albumiauria of adolescents. Brit. med. Jonrn. 7. Oktober.
52. Edel, Paul. Über dio Ursache der Aciditätsahnahme im Harn nach Nahrungsaufnahme und die Bedingangen, welche Eiafluss anf die Ausscheidang der Alkalien im Harn und auch des Kochsalzes haben. Therap. d. Gegeaw. S. 396.
53. Edlefsen, G., Untersuchungen über dio Ausscheidung und den Nachweis des β-Naphthols im Harn nach Einführung kleiner Dosen von Naphthalin, Benzonaphthol nnd β-Naphthol. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol Bd. 52. S. 429.
54. Eliacheff, P. L., Matières extractives noa dialysables des nrines normales et pathologiques nécrocytotoxines. Thèse de Paris.
55. Ellinger, Alexander, Beziehungen zwischen der Giftwirkung des Cantharidins auf die Nierea und der Reaktion des Harns. Münch. med. Wocheaschr. S. 345.
56. Ellinger, Alexander, Harnreaktion und Wirknng von Nierengiften. Verein f. wissenschaftl. Heilkunde i Königsberg i. Pr. 20. II.
57. Dereelhe, Über die Konstitutioa der Indolgruppe im Eiweiss. II. Mitteilg.: Syntheso der Indol.-Pr. 3.-propioaeäure (Nenckis Skstolessigsänre). Berichte der Dentsch. chem. Ges. Jahrg. 38. S. 2884.
58. Ellinger, Alexander, und Seelig, Alh., Der Einfluss von Fieber, Infektion und Nierenschädigungen aaf die Snprarenin-Glykosurie. Müach. med. Wochenschr. S. 499. (Bemerkungen von Richter hierzu: ebda. S. 656)
59. Eechhaum, F. und Ruhemann, J., Über eine Methode der approximativen Harnsäarebestimmang. Berichte der Deutsch. pharmaceut. Ges. S. 46.
60. Eschenhurg, Zur Kenntnie der Harnsäureausscheidung bei Gicht. Münch. med. Wochenschr. S 2263.
61. Etionney, A., Tuberculose et chlorurie. Thèse de Lyon.
62. Ferrannini, L., Sul ricambio degli idrati di carbonio; i prodotti intermedii della glicolisi e i diversi zaccheri delle urine diabetiche. Riforma med. 3. Juni.
63. Filossofow, P., Das Vorkommen von Zylindern und Zylindroidea im normalen Harn und die Bedeutung dieser Bestandteile. Russk. Wratsch. 17. Dezember.
64. Fiorentini, Pietro, e Signer, M., Su di un metodo di colorazione e conservazione permaneate del sedimento urinario. Zeitschr. f. wissenschaftl. Mikroskopie u. f. mikroskop. Technik. Bd. 22. S. 187.
65. Fischer, Emil und Suzuki, Umetaro, Znr Kenntais des Cystins. Hoppe-Seylers Zeitschr. f. Physiol. Chemie. Bd. 45. S. 405.
66. Fiecher, Martin H., Über die Hervorrufung uad Hemmung von Glykosurie in Kaainchen durch Salze. Arch. f. d. ges. Physiol. des Menschen u. der Tiere. Bd. 109. S. 1.
67. Fittipaldi, E. U., Del riconoscimento degli alhnmosoidi urinarii. Riforma med. 2. September.
68. Derselbo, Di un elemento morfologico del sedimento urinario aon ancora differenziato. Gazz. degli osped. 13. Angust.
69. Frommer, Viktor, Neae Reaktion znm Nachweis von Aceton, samt Bemerkungen öber Acetonurie. Berliner klia. Wocheaschr. S. 1008.
70. Fürbringer, Prognose nnd Therapie der Alhuminurie. Deutsche med. Wochenschr. S. 777.
71. Füret, V., Om ammoniakhestemmeleer i urinen. Norsk Mag. for Laegevideaskaben. November.
72. Gaillard, Ch., Dos cylindres urinaires; valeur séméiologique et pronostique. Thèse de Paris.
73. Garnier, L., Dosage de la potasse et de la eoude dans l'urine par un procédé mixte dérivé des procédés d'Autenrieth et Bernheim et de Garratt. Journ. de physiol. et de pathol. gén. Juli.
74. Gavard, F. et M., Hématurie d'origiue sarcoptique; identification probable avec le Nephrophagus sanguinariue Miyake (Japon). Marseille méd. 15. Okt.
75. Geelmuyden, H. Chr., Studien über dio Beziehang zwischea optischer Aktivität und Reduktion bei diabetischer nnd nichtdiabetischer Glykosurie. Zeitschr. f. kliu. Med. Bd. 58. S. 1.

75a. Gant, Werner, Über das Vorkommen von Amidosäuren im Harn fiebernder Kranker sowie im Harn Ikterischer. Diss. Strassburg.
76. Gentzen, Max, Über Cylindrurie und Nephritis. Deutsche med. Wochenschr. S. 1313.
77. Gobbi, G., Albuminuria gravi e glicosurie da fatica. Riv. critica di clinica medica. 29. April.
78. Goldberg, Die Müllersche Modifikation der Donnéschen Eiterharnprobe. Allg. ärztl. Verein zu Köln. 10. 17. IV.
79. Grandmaison, F. de, L'albuminurie goutteuse. Paris, Maloine.
80. Greene, L. A., Malarial hemoglobinuria. Med. News. 12. August.
81. Grimbert, Un nouveau procédé de recherche des pigments biliaires dans l'urine. Soc. de biol. 28. Okt.
81a. Gross, Oskar, Über die Ausscheidung der Alkalien und alkalischen Erden im Harn. Diss. Freiburg i. B.
82. Grosser, Paul, Über das Verhalten von zugeführtem Indol und Skatol im Organismus. Hoppe-Seylers Zeitschr. f. Physiol. Chemie. Bd. 44. S 320.
83. Gürber, A., Zur Methodik des Indicannachweises im Harn. Münch. med. Wochenschr. S. 1578.
84. Guthrie. L. G., On acidnria (acetonuria) as the cause of deaths following the administration of chloroform and ether. Lancet. 26. August.
85. Haefelin, H., Aufbewahren von Voll- und Messpipetten. Pharmazent. Zeitung. S. 351.
86. Hall, G. and Tribe, R. H., Carcinoma of the bronchus and liver associated with glycosuria in a youth. Lancet. 1. April.
87. Hanck, Fall von Chylurie. Verhandl. der Berliner Dermatol. Ges. 20. VI.
88. Hecker, Über Zuckerproben. Therapeut. Monatsh. S. 175.
89. Henck, Fall von Chylurie. Ges. der Charité-Ärzte in Berlin. 8. VI.
90. Derselbe, Fall von Entleerung eines milchähnlichen, nicht auf Chylurie beruhenden Urins. Verhandl der Berliner Dermatol Ges. 9. V.
91. Hensel, Otto, and Weil, Richard, The urine and feces. A practical manual on the urine and feces in diagnosis. New York and Philadelphia, Lea Brothers and Co.
92. Hewes, H. F., The aids to diagnosis of renal calculi obtained through the examination of the urine. Boston med. and surg. Journ. 8. Juni.
93. Horčička, Jaroslav, Über die Diazoreaktion bei Malaria und Typhus abdominalis. Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene. S. 530.
94. Hornus, P., Hémoglobinurie paroxystique; essai pathogénique. Thèse de Lyon.
95. Jackson, J. M. and Torbert, J. R., Glycosuria in pregnancy. Boston med. and surg. Journ. 9. Februar.
96. Jacquemet, M., Remarques sur la recherche clinique des albuminoidee urinaires. Dauphiné méd. April, Mai u. Juni.
97. Jastrowitz, M., Eine Modifikation zur Verdeutlichung der Gerhardtschen Eisenchloridprobe auf Acetessigsäure im Harn. Berliner klin. Wochenschr. S. 134.
98. Jehle, Ludw., Fall von Bakteriurie mit eigentümlichem Bakterienbefunde. Ges. f. innere Medizin und Kinderheilk. in Wien, pädiatr. Sektion. 8. VI. (Diskuss.: Escherich.)
99. Jerome, W. J. S., The influence of fruit on the precipitation of the uric acid of the urine. Lancet. 15. Juli.
100. Imbert, L., La fibrinurie. Ann. des mal. des organes gén.-urin. 1. September.
101. Jolles, Ad., Über den Nachweis der Pentosen im Harn. Zentr.-Bl. f. inn. Med. 28. Oktober.
102. Derselbe, Über Pentosurie und den Nachweis der Pentosen im Harn. Pharmazent. Zeitung. S. 829. 77. Vers. deutsch. Naturforscher u. Ärzte. Abt. f. Pharmazie u. Pharmakogn.
103. Kephallinóe, Nikos. A., Über das Vorkommen der Ehrlichschen Diazoreaktion bei Kinderkrankheiten. Wien. med. Wochenschr. S. 1145.
104. Klercker, Kj. O. af, Studien über die Pentosurie. Nord. med. Arkiv, Med. Abt., XXXVIII. 1. n. 2.
105. Klieneberger, Carl, Über Urine und Urinsedimente bei ikterischen und lokalen Stauungen in Endzuständen und im Kollaps. Münch. med. Wochenschr. S. 1194.
106. Derselbe, Über Urine und Urinsedimente. Verein f. wissenschaftl. Heilk. in Königsberg i. Pr. 29. V.
107. Kocher, Albert, Über die Ausscheidung des Jods im menschlichen Harn und ihre Beziehung zum Jodgehalt und zur Verkleinerung der Strumen. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Medizin u. Chirurgie. S. 359.

108. Koliecher, Gust., and Schmidt, Louis E., An attempt to use the electric conductivity of urine for clinical purposes. Joint meeting of the Chicago Urolog. and Chicago med. Soc 1. III.
109. Kornfeld, Ferd., Über Bakteriurie. Ges. der Ärzte in Wien. 27. X.
110. v. Koziczkowsky, Eugen, Über den Einfluss von Diät und Hefekurea auf im Urin erscheinende enterogene Fäulnisprodukte. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 57. S. 413.
111. Krane, F., Über das Vorkommen von reichlichen Zylindern im Harn ohne gleichzeitige Albuminurie. Med. Klinik. 1. Januar.
112. Kröger, H. W., Zum Nachweis von Zucker im Harn. Pharmazent. Zeitung. S. 272. Mit Erwiderung von J. Lorenzen, ebenda S. 316.
113. Krüger, Martin und Schmid. Julius, Zur Bestimmung der Harnsäure und Purinbasen im menschlichen Harn. Hoppe-Seylers Zeitschr. f. Physiol. Chemie. Bd. 45. S. 1.
114. Krummacher, Otto, Neue Versuche über Lösungswärme und Löslichkeit des Harnstoffes, ein Beitrag zur Energiebilanz. Zeitschr. f. Biologie. Bd. 46. S. 302.
115. Lamy, H. et Mayer, A., Etude sur la diurèse: sur les conditions physiques de la polyurie provoquée par l'injection intraveineuse de divers cristalloides. Journ. de physiol. et de pathol. gén. Juli.
116. Dieselben, Sur les conditions physiques de la polyurie consécutive à l'injection intraveineuse de sucres et sur le pouvoir sécréteur du rein. Soc. de biol. 18. Febr.
117. Lancereaux, E., Etude clinique sur la pathogénie et la sémiotique de l'albuminurie; trois types: albuminuries d'origine épithéliale, albuminuries d'origine vasculaire; albuminuries d'origine nerveuse. Ann. des mal. des organes gén.-urin. 1. März.
118. Derselbe, L'albuminurie dans ses rapports avec le diabète. Acad. de méd. 25. Juli.
119. Langstein, Die klinische Bedeutung der orthotischen Albuminurie. 77. Vers. deutscher Naturforscher u. Ärzte. Abt. f. Kinderheilk.
120. Derselbe, Fall von Hämaturie bei hämophiler Diathese. Ges. der Charite-Ärzte in Berlin. 22. VI. (Diskuss.: Scheibe, P. Reckzeh.)
121. Derselbe, Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie infolge Lues der Mutter. Ges. der Charité-Ärzte in Berlin. 22. VI.
122. Lassar-Cohn, Die chemische Analyse des Harns. Pharmazent. Zeitung. S. 983.
123. Lavalle, F. P., Zuckerbestimmung mit Fehlingscher Lösung. Berichte der Deutsch. chem. Ges. 38. Jahrg. S. 2170.
124. Lemaire, L., L'urobiline; sa valeur séméiologique. Thèse de Paris.
125. v. Leube, W., Zur Frage der physiologischen Albuminurie. Deutsche med. Wochenschr. S. 89.
126. Lewin, Carl, Über das Epinephrin (Epirenan). Fortschr. d. Medizin. S. 6.
126a. Derselbe, Ausscheidung der aromatischen Substanzen (Phenol, Indikan, aromatische Oxysäuren) im Urin von Krebskranken. Diss. Leipzig.
126b. Lichtenstein, Arnold, Über den Einfluss der Körperhaltung und des Blutdruckes auf die Albuminurie der Nephritiker. Diss. Berlin.
127. Lindemann, Ludw., Zum Nachweis der Acetessigsäure im Harn. Münch. med. Wochenschr. S. 1386.
128. Loeb, Adam, Bemerkungen über orthostatische Albuminurie. Therap. d. Gegenw. S. 573.
129. Lohnstein, Th., Bemerkung zu Prof. Sahlis Artikel „Über die Verwendbarkeit der Pavyschen Zuckertitrationsmethode etc." Deutsche med. Wochenschr. S. 1687, mit Erwiderung von Sahli. S. 1688.
130. Derselbe, Demonstration eines neuen Apparates zur Milchfettbestimmung nebst Bemerkungen zur quantitativen Feststellung des Milchzuckers und des Milcheiweisses. Berichte der Deutsch. phamazeut. Ges. S. 98.
131. Luzzatto, Riccardo, Über die Natur und die Ursachen der Morphinglykosurie. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 52. S. 95.
132. Derselbe, Untersuchungen über das Verhalten von Laktose und Galaktose bei Hunden. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 52. S. 107.
133. Lyra, M. Graziano de, As albuminuriae dos arthriticos. Thèse de Rio-de-Janeiro.
134. Magnus-Levy, A., Über die Herkunft des Glykokolls in der Hippursäure. Münch. med. Wochenschr. S. 2168.
135. Mahaut, A., Le bacille d'Eberth dans l'urine des typhiques; application à la prophylaxie de la fièvre typhoïde. Thèse de Lyon.

136. Maione, P., La ricerca del bacillo di Eberth nelle urine a sua importanza per la diagnosi precoce. Riforma med. 5. August.
137. Malmejac, Der Urin der Tuberkulösen. Internat. Tuberkulosekongr.
138. Mann, Guido, Die Brauchbarkeit der Orcinreaktion nach Neumann für die Zuckeruntersuchung des Urins. Berliner klin. Wochenschr. S. 231.
139. Matthee, M., Notiz über das Verhalten des Blutdruckes bei der Pubertätsalbuminurie. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 82. S. 605.
140. Mauban, H., Contribution à l'étude de l'acétonurie au point de vue clinique. Thèse de Paris.
141. Mayer, Arthur, Über Carbonsturie. Naturforschende Ges. in Freiburg i. B. 27. II.
142. Mayer, Otto, Nachweis von Acetessigsäure im Harn. Pharmazeut. Zeitung. S. 1001.
143. Derselbe, Nachweis von Indikan im Harn. Pharmazeut. Zeitung. S. 792.
144. Derselbe, Über ein Urometer. Pharmazeut. Zeitung. S. 1044.
145. Mazzei, T., La ricerca delle uova di bilarzia nelle urine e nelle feci; nota di microscopia clinica. Riforma med. 17. Juni.
146. Mazzeo, P., La levulosuria nel diabete dei bambini. Pediatria. Mai.
147. Mc. Connell, J. F., The albumosuria of phthisis. Journ. of the Amer. med. Assoc. 16. Dezember.
148. Mc. Ewen, E. L., On the detection of minute traces of sugar in the urine. Amer. Journ. of the med. Scienc. Juni.
149. Medwedew, An., Über ein Derivat der Glucuronsäure und des p Nitrophenylhydrazins. Berichte der Deutsch. chem. Ges. Jahrgg. 38 S. 1646 und 2283.
150. Mendl, Josef, Über den Harnstoffgehalt des Harnes bei den verschiedenen Formen von Nephritis. Zeitschr. f. Heilk Bd. 26. S. 349. Abt. f. interne Medizin.
151. Menotti, B., Contributo alla fisiopatologia del-l'acidità e clorurazione urinaria; ricerche sul chimismo urinario in due infermi operati di gastroenterostomia. Riforma med. 23. September.
152. Menzel, Demonstration der Rudeckschen quantitativen Zuckerprobe. Klub der Wiener Kinderärzte. 28. III.
153. Merk, Bernh., Die qualitative und quantitative Bestimmung der Harnsäure im Harn. Pharmazeut. Zeitung. S. 791.
154. Derselbe, Zur quantitativen Acetonbestimmung im Harn. Pharmazeut. Zeitung. S. 879.
155. Michalowska, De la diazoréaction d'Ehrlich. Thèse de Lausanne.
156. Micheli, F., Sulle albuminurie alimentari. Riv. critica di clinica medica, 25. März, 1. u. 8. April.
157. Moffatt, C. W. P., Myelopathic albumosuria. Lancet. 28. Januar.
158. Mohilla, Taschenapparat für Harn- und mikroskopische Untersuchungen. Klub der Wiener Kinderärzte. 9. V.
159. Mohr, Fall von Chylurie bei einem 13jährigen Mädchen. Nürnberger med. Ges. u. Polikl. 20. IV. u. 4. V.
160. Moll, L., Beitrag zur Ernährungstherapie der mit Phosphaturie (Calcariurie) einhergehenden Neurosen im Kindesalter. Prag. med. Wochenschr. 19. Oktober.
161. Monié, Un cas de bactériurie. Limousin méd. April.
162. v. Moraczewska, Sophie, Über den Einfluss von Alkalien auf den Säuregrad des Harnes bei Anämien. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 57. S. 185.
163. v. Moraczewski, W., Ein Beitrag zur Kenntnis der Phosphaturie. Zentr.-Bl. f. innere Med. 22. April.
164. Morawitz, P. und Dietschy, Über Albumosurie, nebst Bemerkungen über das Vorkommen von Albumosen im Blut. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 54. S. 88.
165. Müller, Albert und Saxl, Paul, Die Chlorausscheidung im Harn und ihre Beziehungen zu den Verdauungsvorgängen. Zeitschr. f. klin. Medizin. Bd. 56. S. 546.
166. Münz, Demonstration zweier Coli-Bakterienstämme aus dem Harn und dem Stuhle eines 9jährigen Kindes mit geringem Gärungsvermögen. Ges. f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien, pädiatr. Sekt. 14. XII.
167. Necker, Demonstration mikroskopischer Präparate von gefärbtem Harnsediment. Ges. der Ärzte in Wien. 3. II.
168. Neubauer, Otto, Zur Kenntnis der Fruktosurie (Lävulosurie). Münch. med. Wochenschr. S. 1525.
169. Neuberg, Carl, Zur Bestimmung der Glukuronsäure. Hoppe-Seylers Zeitschr. f. Physiol. Chemie. Bd. 45. S. 183.

170. Neuberg und Grosser, Eine neue schwefelhaltige Substanz aus dem Hundeharn. Deutsche physiol. Ges. 14.—16. VI.
171. Neuberg, Carl und Mayor, Paul, Über Cystein. II. Hoppe-Seylers Zeitschrift f. Physiol. Chemie. Bd. 44. S 472.
172. Neuberg, Carl und Neimann, Wilhelm, Neue Reaktionen und Derivate der Glukuronsäure. VII. Hoppe-Seylers Zeitschr. f. Physiol. Chemie. Bd. 44. S. 97.
173. Dieselben, Synthese „gepaarter Glukuronsäuren". VIII. Hoppe-Seylers Zeitschrift f. Physiol Chemie. Bd. 44. S. 114.
174. Dieselben, Quantitative Bestimmung „gepaarter Glukuronsäuren". IX. Hoppe-Seylers Zeitschr. f. Physiol. Chemie. Bd. 44. S. 127.
175. Neukirch, Rich., Über essentielle Albuminurie. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd 84. Heft 1 4. (Festschr. für G. Merkel-Nürnberg) S. 165.
176. Nicolas, J., Du syndrome urinaire dans la pleurésie avec épanchement; sa valeur séméiologique et pronostique, ses conséquences thérapeutiques. Thèse de Lyon.
177. Nieduer, O., Zur Frage der Cylindrurie ohne gleichzeitige Albuminurie. Med. Klinik. 19. Febr.
178. Novak, J., Beitrag zur Kenntnis der orthostatischen Albuminurie. Prag med. Wochenschr 16., 23. u. 30. November.
179. Osum, H. P. T., Intermitterende albuminuri (fysiologisk, ortostatisk og cyklisk albuminuri). Bibliotek for Laeger. Jan. u. April.
180. Derselbe, Quantitative Indicanbestimmung im Harne mit dem Meislingschen Kolorimeter. Hoppe-Seylers Zeitschr. f. Physiol. Chemie. Bd. 45. S. 459.
181. Ofner, Rudolf, Über den Nachweis von Fruchtzucker in menschlichen Körpersäften. Hoppe-Seylers Zeitschr. f Physiol. Chemie. Bd. 45. S. 359.
182. Orefice, E., Intorno alla eventuale presenza di precipitine nell' orina dei poppanti ad allattamento naturale ed artificiale. Pediatria. Oktober.
183. Parmentier, H, Analyse spectrale des urines normales ou pathologiques: sensito-colorimétrie. Thèse de Paris.
184. Payn, Abbott Smith, A modification of the Heller test for albumin in the urine. Med. Record. Vol. 67. S. 548.
185. Pelnár, J., Orthostatická albuminurie: studium jeji pathogenesy. Sbornik klinicky. VI. 5 u 6.
186. Derselbe, Zur Pathogenese der orthostatischen Albuminurie. Zentr.-Bl. f. inn. Med. 21. Oktober.
187. Pfister, Bakteriurie bei Typhus abdominalis und ihr Nachweis. Blasenerkrankung während des Typhus. Naturhistor.-mediz. Ver. Heidelberg, mediz. Sekt. 28. II.
187a. Pinczower, Adolf, Beiträge zur Kenntnis der Globulinurie bei Kindern. Diss. Freiburg i. B.
188. Pinoff, E., Studien über die Tollenesche Phloroglucin-Salzsäure-Reaktion auf Pentosen. Berichte der Deutsch. chem. Ges. Jahrgg. 38. S. 766.
189. Plesei, A., Effetti prodotti dalle fasciature espulsiva degli arti inferiori sulla secrezione dell' urina, sulla pressione cardiovascolare e sul polso. Riforma med. 16. September.
190. Derselbe, Il potere riduttore delle urine nelle pleuriti, peritoniti o tubercolosi polmonare. Gazz. degli osped. 15. Jan.
191. v. Poebl, Feststellung einer toxischen Keimschädigung durch den Zernerschen Harnkoeffizienten. 34. Kongr. der Deutsch. Ges. f. Chirurg. II. Sitzg.
192. Pommer, Neue Azetonprobe. Verein f. innere Med. in Berlin. 20. III.
193. Porcher, Ch., Sur l'origine du lactose. De l'ablation des mamelles chez les femelles en lactation. Compt. rend. hebd. des séanc. de l'Acad. des Scienc. Tome 141. S. 73, 467.
194. Porcher, Ch. et Hervieux, Ch., Recherches expérimentales sur les chromogènes urinaires du groupe de l'indol; expériences avec le scatol; présence du chromogène scatolique dans les urines normales. Journ. de physiol. etde pathol. gén. Sept.
195. Dieselben, Untersuchungen über das Skatol. Hoppe-Seylers Zeitschr. f. Physiol. Chemie. Bd. 45. S. 486.
196. Porges, Max, Über Sulfatausscheidung beim Gebrauche alkalisch-salinischer Quellen. Deutsche med. Wochenschr. S 542.
197. Presslich, Wilh., Eine einfache Probe auf Gallenfarbstoffe. Münch. med. Wochenschr. S. 220.
198. Rabow, S., Über die Formalinreaktion beim Diabetesharn. Therapeut. Monatsh. S. 109.

199. Rappin und Sonbran, Der Harnstoff und die Tuberkulose. Internat. Tuberkulosekongr.
200. Raulin, L., Un cas de fièvre bilieuse hémoglobinurique. Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux. 30. Juli.
201. Reach, Felix, Ein Beitrag zur Kenntnis der Bence-Jonesschen Albuminurie. Deutsch Arch. f. klin. Med. Bd. 82. S. 389.
202. Rebaudi, S., La levulosuria alimentare nelle malattie infettive. Gazz. degli osped. 13. August.
203. Régnault, J., La fièvre bilieuse hémoglobinurique. Arch. de méd. navale. Juni.
204. Reynaud, L., De quelques procédés de dosages approximatifs, mais rapides et cliniques, de l'albumine dans les urines. Thèse de Lyon.
205. v. Rhorer, Ladislaus, Erwiderung an Hrn. Prof. H. Sahli (in Bezug auf Rohrers Arbeit: Bestimmung der Harnacidität auf elektromotorischem Wege). Arch. für die ges. Physiol. des Menschen u. der Tiere. Bd. 109. S. 391. (Polemik; zum Referat ungeeignet.) (Qu.)
206. Richter, Paul Friedr., Über den Einfluss von Fieber, Infektion und Nierenschädigung auf die Suprarenin-Glykosurie. Münch. med. Wochenschr. S. 656. (Mit Erwiderung von Ellinger u. Seelig, ebda. S. 680.)
207. Robert, H. J., Potasse et soude urinaires; contribution à l'étude de leur dosage et de leur excrétion normale et pathologique. Thèse de Nancy.
208. Röthlisberger, P., Zur quantitativen Bestimmung von Alloxurkörpern und Harnsäure im Harn. Schweiz. Wochenschr. f. Chemie u. Pharmazie. 6. u. 13. Mai.
209. Rolleston, J. D., The prognostic value of the diazoreaction in enteric fever Lancet. 4. Februar.
210. Rosenberger, F., Über Änderungen der Urinzusammensetzung bei Leukämikern während und nach der Behandlung mit Röntgenstrahlen. Zentr.-Bl. f. inn. Med. 7. Oktober.
211. Rubens, Ein neues Besteck für Harnuntersuchungen. Deutsche med. Wochenschrift. S. 1318
211a. Rüde, Paul, Über den Versuch einer Modifikation der Esbachschen Eiweissbestimmungsmethode durch Zuhilfenahme der Zentrifuge. Diss. Greifswald.
212. Ruffer, A., Crendiropoulo et Calvocoressi, Sur les propriétés lysogènes et hémoaoziques de l'urine. Journ. de physiol. et de pathol gén. Sept.
213. Ruggi, G., Intorno all' eliminazione del bleu di metilène prima e dopo la nefropessi. Policlinico. 29. Jan.
214. Ruhemann, J.. Über die Einwirkung des menschlichen Urins auf Jodsäure und Jod, sowie die Beurteilung meines Uricometers durch Fr. Eschbaum und E. Kraft Berliner klin. Wochenschr. S. 1252.
215. Sahli, Über die Verwendbarkeit der Pavyschen Zuckertitrationsmethode für die Klinik und den praktischen Arzt und über einige technische Modifikationen derselben. Deutsche med. Wochenschr. S. 1417.
216. Salkowski, Über die Gärungsprobe zum Nachweis von Zucker im Harn. Berliner klin. Wochenschr., Festnummer für C. A. Ewald. S. 48.
217. De Santos Saxe, G. A., Examination of the urine. London. W. B. Saunders and Co.
218. Schade, H., Über die katalytische Beeinflussung der Zuckerverbrennung. Münch. med. Wochenschr. S. 1088.
219. Schildbach, F. H., Über die Rieglersche Methode zum Nachweis von Gallenfarbstoff im Harn. Zentr.-Bl. f. inn. Med. 11. November.
220. Schilling, Theodor, Beiträge zur Frage der Ammoniakausscheidung. Deutsch. Arch. f. klin. Mediz. Bd. 84. Heft 1/4. (Festschr. f. G. Merkel-Nürnberg.) S. 311.
221. Derselbe, Über Ammoniakausscheidung des menschlichen Organismus. Ärztl. Verein in Nürnberg. 3. VIII.
222. Derselbe, Fluoreszenz des Harns bei schwerem Diabetes. Zentr.-Bl. f. inn. Med. 8. April.
223. Schindler, Zur Frage der paroxysmalen Hämoglobinurie. Therap. Monatsh. S. 525.
224. Schittenhelm, Alfr., Über die Harnsäurebildung und die Harnsäurezersetzung in den Auszügen der Rinderorgane. Hoppe-Seylers Zeitschr. f. Physiol. Chemie. Bd. 45. S. 121.
225. Derselbe, Über das uricolytische Ferment. Hoppe-Seylers Zeitschr. f. Physiol. Chemie. Bd. 45. S. 161.
226. Schreiber, Julius, Über Albuminurie und Nephritis. Verein f. wissensch. Heilk. in Königsberg i. Pr. 9. I.

227. Schröder, Hans, Über den Kohlehydratstoffwechsel und alimentäre Lävulosurie in der Schwangerschaft. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 56. S. 134.
228. Schüler, Demonstration zur Pentosurie. Rhein.-westfäl. Ges. f. innere Med. u. Nervenheilk. VI. Vers.
229. Schürhoff, P., Über die Ursache der oxydierenden Wirkung des Harns. Arch. f. d. ges. Physiol. des Menschen u. der Tiere. Bd. 109. S. 83.
230. Seelig, Albert, Über Ätherglykosurie und ihre Beeinflussung durch intravenöse Sauerstoffinfusionen. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 52. S. 481.
231. Sehrt, E., Zur Frage der hepatogenen Lävulosurie. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 56. S. 509.
232. Senator, H., Neue Untersuchungen über die Beschaffenheit des Harns und den Stoffwechsel im Tetanus. Berliner klin. Wochenschr., Festnummer für C. A. Ewald, S. 1.
233. Sicuriani, F., Sul valore pronostico dei fosfati alcalini nelle orine dei polmonitici. Gazz. degli osped. 9. April.
234. Simon, Charles E., Über Fütterungsversuche mit Monoaminosäuren bei Cystinurie. Hoppe-Seylers Zeitschr. f. Physiol. Chemie. Bd. 45. S. 357.
235. Slowtzow, B., Verschiedene Verfahren des Zuckernachweises im Urin. Russk. Wratsch. 5. Nov.
236. Sollmann, T. and Hofmann, J. A., Chloride and water excretion in typhoid fever, with copious diuresis. Amer. Journ. of the med. Scienc. Februar.
236a. Strub, Friedrich, Über Bence-Jonessche Albuminurie. Diss. Erlangen.
237. Strzyzowski, C., Eine in der Praxis leicht ausführbare Reaktion des Diabetesharnes. Therapeut. Monatsh. S. 109.
238. Derselbe, Eine Reaktion des Diabetes-Harnes, die sich in der Praxis leicht ausführen lässt. Vratcheb. Gaz. 22. Jan.
239. Supino, R. Sul preteso reperto positivo del bacillo di Koch nelle orine di malati di tubercolose polmonare. Riforma med. 27. Mai.
240. Surveyor, N. F., A clinical method for the quantitative estimation of uric acid in urine. Brit. med. Journ. 8. Juli.
241. Symmers, D., A contribution to the knowledge of the excretion of organic phosphorus in the urine in certain pathological conditions. Journ. of Pathol. and Bacteriol. Januar.
242. Derselbe, An additional note on the excretion of organic phosphorus in the urine. Journ. of Pathol. and Bacteriol. August.
243. Todeschi, E., L'albuminuria alimentare come indico di piccole lesioni renali. Clinica medica italiana. Oktober.
244. Toissier, J., Classification et valeur pathogénique des albuminuries orthostatiques. Rev. de méd. April.
245. Derselbe, Über intermittierende Albuminurien im Kindesalter vom Gesichtspunkte ihres Zusammenhangs mit tuberkulöser Heredität oder als Vorzeichen der Infektion. Internat. Tuberkulosekongr.
246. Thormau, Einar, Zur Frage von der Zuckerausscheidung im Diabetes mellitus bei Verfütterung mit verschiedenen Eiweisssubstanzen. Arch. skandinav. f. Physiol. Bd. 17. S. 1.
247. Tintemann, Stoffwechseluntersuchungen bei einem Falle von Pentosurie. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 58. S. 190.
248. Tobler, L., Phosphaturie und Calcariurie. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 52. S. 116.
249. Trapani, Pietro, La recherche de la bilirubine par le cyanure de mercure en milieu alcalin. Sem. méd. S. 615.
250. Tselios, A., Orthostatische Albuminurie. Galenos. Jan.
251. Ury, H. und Lilienthal, E, Über Albumosurie bei Magen-Darmerkrankungen, speziell Karzinomen. Arch. f. Verdauungskrankheiten. 11. I.
252. Veit, J., Albuminurie in der Schwangerschaft und künstliche Frühgeburt. Berliner klin. Wochenschr. S. 852.
253. Vinconzo, G., Su di un caso di chiluria. Riforma med. 25. November.
254. Wagner, B., Die quantitative Zuckerbestimmung im Harn und ihre klinische Bedeutung nebst Beschreibung eines neuen Gärungsapparates, „Gärungs-Saccharo-Manometer". Münch. med. Wochenschr. S. 2327.
255. Walden, P., Über das Drehungsvermögen optisch-aktiver Körper. Berichte der Deutsch. chem. Ges. 38. Jahrg. S. 345.
256. Wassertbal, Marskosc watroby i czeste moczenie pollakiurya. (Lebercirrhose und Pollakiurie.) Przeglad lekarski. 8. April.

257. Wederhake, Zur Färbung der Sedimente des Harns und der Exsudate. Münch. med. Wochenschr. S. 1780.
258. v. Wendt, Georg, Untersuchungen über den Eiweiss- u. Salzstoffwechsel beim Menschen. Skandinav. Arch. f. Physiol. Bd. 17. S. 211.
259. Wetherill, Henry Emerson, Blood, urine, feces and moisture. A book of tests. Philadelphia, George P. Pilling and Son.
260. Widal et Rostaine, Sérothérapie préventive de l'attaque d'hémoglobinurie paroxyetique. Soc. de biol. 11. März.
261. Wise, P. M., A ready contact method for testing urine. Med. Record. Vol. 67. S. 639.
261a. Witt, Johannes, Über den Verlauf der Jodausscheidung beim Menschen. Diss. Greifswald.
262. Witte, Milbenbefund im Urin. Schles. Ges. f. vaterländ. Kultur in Breslau. 24. II.
263. Wohlgemuth, J., Über das Verhalten stereoisomerer Substanzen im tierischen Organismus. II. Die inaktiven Monoaminosäuren. Berichte der Deutsch. chem. Ges. 38. Jahrg. S. 2064.
264. Derselbe, Zur Kenntnis des Phosphorharns. Hoppe-Seylers Zeitschr. f. Physiol. Chemie. Bd. 44. S. 74, 428.
265. Wolownik, Experimentelle Untersuchungen über das Adrenalin. Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. u. f. klin. Mediz. Bd. 180. S. 225.
266. Wood, Francis Carter, Chemical and microscopical diagnosis. New York and London. D. Appleton and Co.
267. Wright, A. E. and Rose, G. W., On the discrimination of physiological albuminuria from that caused by renal disease and on the means of checking the albuminuria where it occurs indepedently of such disease. Lancet. 21. Oktober.
268. Zaniboni, B., Ematuria renale creduta traumatica. Gazz. degli osped. 15. Jan.
269. Ziesché, H., Über den klinischen Wert der Kryoskopie von Blut und Harn. 1. Teil. Zentr.-Bl. für die Grenzgebiete der Med. u. Chir. 18. und 26. April, 23. Mai, 15. und 23. Juni und 8. Juli und Diss. Breslau.
270. Zucchi, S., Über Eisengehalt in Zuckerharnen und seine Beziehung zur Zuckermenge. Hoppe-Seylers Zeitschr. f. Physiol. Chemie. Bd. 44. S. 171.
271. Bile in the urine. Practitioner. Vol. 74. S. 730.
272. Hugershoffscher Praktischer Reagenzglashalter. Pharmazeut. Zeitung. S. 487.

Wederhake (257) verwendet zur Färbung des zentrifugierten Harnsedimentes eine 1%ige Neutralrotlösung. Zur differentiellen Färbung der Wachszylinder empfiehlt er eine Kombination von Neutralrot und Methylviolett. Mit einem solchen Gemisch färben sich Wachszylinder tiefblau, die übrigen korpuskulären Elemente rot bis rotbraun. Neutralrot und Neutralrot-Methylenviolett sind nur bei neutral- oder sauer reagierendem Harne zur Färbung brauchbar; für jeden Urin geeignet ist eine konzentrierte Lösung von Croceinscharlach, z. B. in 70% Alkohol. Die Färbe-Methode, die unter Zusatz von Jodtinktur ausgeführt wird, gibt Verf. an, ebenso wie sich die einzelnen festen Harnbestandteile färben. (H.)

Bertram (21) konnte die oxydierende Eigenschaft des menschlichen Harnes quantitativ nachweisen. Er benützt dazu hydroschwefligsaures Natrium, das dem luftfrei gemachten Harn zugesetzt wird, und titriert mit Ferricyankalium und Eisenvitriol als Indikator. (Qu.)

Die oxydierende Wirkung des Harnes wird nach Schürhoff (229) hervorgerufen durch die Nitrate der Nahrung bei gleichzeitiger Anwesenheit saurer Phosphate und durch Spuren von Wasserstoffsuperoxyd. Qualitativ kann diese oxydierende Wirkung nachgewiesen werden durch die Oxydation der Ferrosalze ohne Indigozusatz. (Qu.)

Nach kurzer Besprechung der bekannten Formen der Phosphaturie lenkt v. Moraczewski (163) die Aufmerksamkeit auf eine weniger bekannte und untersuchte Form, die als Stoffwechselanomalie, oft ab-

wechselnd mit Oxalurie, auftritt und einer Harnsäurediathese folgt. Verf. hat bei einigen dieser Fälle sämtliche sauren und alkalischen Ionen im Harn sowie den Einfluss von Alkalien auf diese Ionen bestimmt. Er fand ziemlich geringe Harnsäure- nnd hohe Ammoniakwerte, ebenso war die Menge des ausgeschiedenen Phosphors gross. Seine Ergebnisse fasst Moraczewski folgendermassen zusammen:

1. Die chronische Phosphaturie, welche nicht die klinischen Symptome der neurasthenischen Phosphaturie oder der Phosphaturie bei Kindern zeigt, charakterisiert sich durch ein Missverhältnis der Kalk- und Phosphatausscheidung im Harn, indem hier neben Verminderung der Kalksalze eine, wenn auch geringere, Vermehrung der Phosphorsäure stattfindet,
2. durch Darreichen von Alkalien werden die Ausscheidungen der Metalloïdionen (Cl. d. P.) mehr befördert als die der Metallionen, wodurch die Ausscheidungsverhältnisse zur Norm zurückkommen,
3. diese Form von Phosphaturie zeichnet sich aus durch eine Retention der anorganischen Ionen überhaupt, wodurch sie an gewisse Stadien der Gicht erinnert,
4. ein und dasselbe Individuum kann von diesen beiden Krankheiten befallen werden, d. h.
   a) eine Phosphaturie abwechselnd mit Oxalurie oder Gicht aufweisen,
   b) an Phosphaturie zumeist leiden, dann an Gicht oder umgekehrt,
5. Normaler Harn enthält mehr saure Ionen, als der Harn bei Gicht oder bei Phosphaturie. (G.)

Tobler (248) hat in vier Fällen die Beobachtungen Soetbeers bestätigen können, dass bei Phosphaturie die Kalkausscheidung durch den Urin erheblich gesteigert ist, während dic Phosphorsäurewerte normal sind. Gleichzeitig fand er, dass durch den Darm entsprechend weniger Kalk ausgeschieden wurde. Therapeutisch erzielte Verf. mit kalkarmer Diät in allen Fällen sehr gute Erfolge. Gleichzeitig empfiehlt er Beseitigung des etwa vorhandenen Darmkatarrhs. (G.)

Vergleichende Untersuchungen Krügers und Schmids (113) über das Kupferverfahren und das Silberreagens bei der Bestimmuug von Harnsäure uud Purinbasen, die ergeben, dass das Kupferverfahren dem Silberverfahren gleichwertig ist, ja dass es ihm sogar überlegen ist in der Schnelligkeit, mit der die Niederschläge entstehen und weiter verarbeitet werden können.

Das Verfahren von Krüger-Schmid ist ausführlich beschrieben in dem Lehrbuch von Hoppe-Seyler-Thierfelder. (Qu.)

Eschenburg (60) hat an drei Gichtkranken die Harnsäureausscheidung bestimmt:

1. bei fleischfreier Kost,
2. bei Fleischkost,
3. bei Fleischkost nnd 100 g 50%igem Alkohol,
4. bei fleischfreier Kost und 100 g 50%igem Alkohol,
5. bei Fleischkost und Citarin.

Auf Grund seiner Resultate kommt Eschenburg zu dem Schlusse, dass die Harnsäureausscheidung bei Gichtkranken ganz regellos ist. Alkoholzusatz bewirkt bei jugendlichen Kranken eine starke Vermehrung der Harnsäureausscheidung, bei älteren dagegen nicht. Ein klares Bild

über die Wirkung des Citarins konnte Verf. bei seinen Versuchen nicht erlangen. (H.)

Schittenhelm (224) konnte nachweisen, dass Milz, Lunge, Leber, Darm, Muskeln und Niere des Rindes die Fähigkeit besitzen, die Purinbasen in Harnsäure umzusetzen und dass Niere, Muskeln und Leber die neugebildete Harnsäure weiter zu zerlegen vermögen, während Milz und Lunge diese Fähigkeit nicht besitzen. Es sind dazu zwei Fermente nötig, ein hydrolytisch wirkendes und ein oxydierendes (Xanthinoxydase nach Burian). Der Vorgang gestaltet sich derart, dass zunächst das hydrolytische Ferment Adenin und Guanin zu Hypoxanthin und Xanthin umwandelt; diese werden durch die Xanthinoxydase in Harnsäure umgesetzt. Das urikolytische Ferment bewirkt eine weitere Zerstörung der Harnsäure, als deren teilweise Endprodukte Glykokoll und Harnstoff anzusehen sind. (Qu.)

Die Menge der Harnsäure nahm bei zwei Fällen Rosenbergers (210) in dem Masse ab, als die Leukozytenzahl sich verminderte, und stieg wieder mit Zunahme der Leukozyten. Ebenso verhielt sich der Gesamtstickstoff des Harnes, während umgekehrt die Menge der ausgeschiedenen Xanthinbasen bei Verminderung der Leukozytenzahl sich erhöhte, ihren Höhepunkt gleichzeitig mit per grössten Verminderung der Leukozyten erreichte und dann bei zunehmender Leukozytenzahl anstieg. (G.)

Schittenhelm (225) hat festgestellt, dass in der Niere, Leber, Muskeln und vielleicht im Knochenmark des Rindes ein urikolytisches Ferment sich findet. Er isolierte das Ferment durch die Rosellsche Methode, welche auf einer Ausfällung mittelst Uranylacetats in alkalischer Lösung beruht. Das Ferment ist nicht dialysierbar und zerstört die Harnsäure. Die Fermentlösung enthält so gut wie gar keine Purinkörper. (Qu.)

Nach Burian (28) stammt vermutlich nur ein sehr kleiner Teil der endogenen Harnsäure aus den Nukleoproteiden zerfallener Zellen, speziell der Leukozyten. Als weitaus ergiebigere Quelle müssen angesehen werden, die Purinbasen (Hypoxanthin), die im Stoffwechsel des lebenden Muskels kontinuierlich gebildet werden. Die Muskeltätigkeit ist auf die Harnsäureausfuhr von Einfluss, da die Stundenwerte der Harnpurinausscheidung nach Muskelarbeit bedeutend erhöht sind. Bei Durchströmungsversuchen am Muskel zeigt sich, dass im Ruhezustand der Muskel auf Kosten der in ihm angesammelten Purinbasen (Hypoxanthin) Harnsäure an das Blut abgibt. Der Purinbasengehalt des Muskels bleibt unverändert, der Muskel bildet auch in der Ruhe Hypoxanthin resp. Purinbasen neu. Während der Arbeit wächst diese Neubildung und ebenso der Purinkörperaustritt. Der Muskel liefert seiner Oxydase ununterbrochen Purinbasen zur Überführung in Harnsäure. (Qu.)

Bei Anämien bewirkt, wie v. Moraczewska (162) ausführt, zitronensaures Natron eine Alkalisation des Harns. Manche Anämien, verbunden mit Lebervergrösserung zeigen eine Verzögerung der Alkaliwirkung und eine Nachwirkung von der gleichen Dauer. Nach dem Aussetzen der Alkalidarreichung findet eine starke Säuerung des Harnes statt und eine entsprechende Mehrausscheidung von Ammoniak und Oxalsäure. Anämien ohne Lebervergrösserung zeigen normale Verhältnisse der stickstoffhaltigen Bestandteile. Der nach Freund-Lieblein bestimmbare Säuregrad des Harnes steht in keinem Verhältnisse zu dem,

der durch die Farbenreaktion angezeigt wird. Das Alkalisieren des Harnes auf Phenolphthalein genügt nicht, um alle sauren Phosphate in neutrale umzuwandeln. (Qu.)

Edel (52) beobachtete $1^1/_2$—2 Stunden nach dem Frühstück bei seinen Versuchspersonen im Sitzen eine deutliche Abnahme der Azidität des Harnes und eine Zunahme der Harnmenge. Wurden die Personen stehend beschäftigt, so blieben die Abnahme der Azidität und die Zunahme der Harnmenge aus. Gleiche Verhältnisse sah Edel nach Probemahlzeiten am Nachmittage. Die Salzsäureproduktion des Magens erfährt durch das Stehen keine nachweisbare Beeinträchtigung. Edel prüfte darauf seine Annahme, dass im Stehen die Ausscheidung der Alkalien erschwert sei; er fand diese Annahme auch bestätigt. Hintangehalten wurde im Stehen auch die NaCl-Ausscheidung; im warmen und CO_2-Bade kam es fast regelmässig zur Abnahme der Azidität. Durch vertiefte Atmung wurde die Alkalienausfuhr grösser und die Ausscheidung künstlich eingeführter Alkalien erheblich beschleunigt. Edels Folgerungen sind: 1. Unter normalen Verhältnissen tritt die Abnahme der Harnazidität ein, nicht während die HCl-Sekretion am lebhaftesten ist, sondern wenn die Resorption von Wasser, Salzen usw. aus dem Verdauungskanal einen höheren Grad erreicht hat und die Niere zu gesteigerter Harnabsonderung angeregt wird. 2. Die Ausscheidung der genannten Salze hängt von der Zirkulation in der Niere ab. (H.)

Stoffwechseluntersuchungen bei Tetanus sind nur in wenigen Fällen publiziert worden. Meist konnte bloss der Urin untersucht werden. Als wichtigstes Resultat fand sich eine auffallende Herabsetzung des Eiweisszerfalles trotz hoher Temperaturen. Senator (232) berichtet über zwei Fälle bei Frauen im Anschluss an Abort. Der eine Fall verlief fieberlos, der zweite mit Temperatursteigerung bis 41°. Die Urinuntersuchung ergab bei dem fieberlosen Falle nahezu normale Verhältnisse, bei dem fieberhaften war die N-Ausscheidung ausserordentlich gering (3,563 g U. in $1^1/_2$ Tagen). Auch wenn man an eine Zurückhaltung stickstoffhaltiger Stoffwechselprodukte im Körper denkt, hält Senator für bewiesen, „dass im Tetanus, trotz hoher Fiebertemperaturen, der Eiweissgehalt nicht gesteigert, sondern sogar stark herabgesetzt sein kann". Die Untersuchung der einzelnen N-Komponenten ergab keine sicheren Resultate. — Die Arbeit enthält ausführliche Literaturangaben. (S.)

Die Arbeit Edlefsens (53) ist eine Fortsetzung früherer Arbeiten des Verf. über den Naphthalinharn. Die Rotfärbung des Naphthalinharnes mit Eisessig und Natriumnitrit beruht auf der Anwesenheit von β-Naphtholglukuronsäure, ebenso die Gelbfärbung mit Chlorkalk und Salzsäure. Nach Darreichung von Benzonaphthol oder Betol und kleinen Gaben von β-Naphthol tritt im Harn auf Zusatz von Eisessig und Natriumnitrit eine Gelbfärbung auf, die von dem an Ätherschwefelsäuren gebundenen β-Naphthol herrührt. Einzelheiten betreffs der Proben sind im Original nachzusehen. Aus den Ergebnissen der Untersuchungen ist folgendes hervorzuheben: Nach Einführung kleiner Dosen (0,5—0,7 g) Naphthalin erscheint das β-Naphthol grösstenteils als Glukuronsäure, zu einem kleineren Teil als Ätherschwefelsäure im Harn. Nach Einführung von Benzonaphthol in kleinen und mittleren Dosen (0,6—1,2 g) wird das β-Naphthol nicht als Glukuronsäure, sondern immer nur als Ätherschwefelsäure ausgeschieden. Nach kleinen Dosen β-Naphthol (0,3—0,5 g) findet

man nur ausnahmsweise β-Naphtholglukuronsäure in geringer Menge im Harn. Der grösste Teil des β-Naphthols wird als Aetherschwefelsäure ausgeschieden. (G.)

Ellinger (55) weist nach, dass für das Zustandekommen der Giftwirkung des Kantharidins auf die Nieren die Harnreaktion wesentlich ist. Bei saurer Reaktion des Harnes tritt eine heftige Giftwirkung auf, bei alkalischer Reaktion ist dieselbe minimal oder unterbleibt ganz. Ellinger sucht dieses Verhalten des subkutan injizierten Kantharidins chemisch zu erklären. (H.)

Wohlgemuth (264) untersuchte den Harn bei der Phosphorvergiftung und fand ausser den bisher schon entdeckten Aminosäuren: Tyrosin, Leucin, Glykokoll und Phenylalanin noch Alanin und eine Diaminosäure, das Arginin. Es ist dies die erste im Harn aufgefundene und einwandsfreie nachgewiesene Diaminosäure. (Qu.)

Die Rieglersche Probe steht nach den Untersuchungen Schildhachs (219) an Empfindlichkeit und Deutlichkeit der Farbenreaktion hinter der Huppertschen Probe zurück. (G.)

Presslich (197) empfiehlt als Probe auf Gallenfarbstoff den Zusatz von einigen Tropfen rauchender Salpetersäure. Beim positiven Ausfall der Probe muss die zu untersuchende Flüssigkeit smaragdgrün werden. Die Probe ist für Gallenfarbstoffe (Bilirubin) spezifisch und sehr empfindlich. (H.)

Donath und Landsteiner (48) konnten die Resultate früherer Untersuchungen über paroxysmale Hämoglobinurie bestätigen. Sie vermochten zu zeigen, dass diese durch Kältewirkung ausgelösten Attacken darauf beruhen, dass bei der Abkühlung des Blutes ein im Serum enthaltenes Toxin an die Blutkörperchen gebunden wird. Dieses Toxin löst dann beim Wiedererwärmen die Blutkörperchen auf mit Hilfe eines Komplements, das leicht zerstörbar ist. Das Toxin kann durch Erhitzen auf 50° inaktiviert und durch Zusatz normalen Serums reaktiviert werden. Bei 195 nichthämoglobinurischen Fällen war die Untersuchung negativ, dagegen fanden die Verff. bei sechs Paralytikern (65 Fälle untersucht) ein ähnliches Hämolysin. Die Bildung dieses Toxins führen sie auf überstandene Infektionskrankheiten, besonders auf Lues zurück. (Qu.)

Schindlersches (223) Referat einer experimentellen Arbeit von Camus, der die Quelle des Hämoglobins in die Muskeln verlegt. Camus konnte durch Muskelhämoglobin, das er intravenös injizierte, Hämoglobinurie hervorrufen, nicht aber durch das Hämoglobin der Blutkörperchen. (G.)

Den üblichen Zuckerproben, deren Vor- und Nachteile er kurz bespricht, zieht Hecker (88) eine von Riegler-Jassy angegebene wegen ihrer grösseren Empfindlichkeit vor: Rotfärbung des zuckerhaltigen Harnes bei Zusatz von oxalsaurem Phenylhydrazin und Kaliumhydroxyd. Die Probe ergibt noch bei 0,05% Zucker positive Ausschläge. Noch mehr empfiehlt Verf. die Probe mit Nitropropioltabletten nach Teusch: indigoblaue Färbung bei Gegenwart von Soda. Für die Gärungsprobe hat Verf. einen kleinen Apparat konstruiert, im wesentlichen ein Wasserbad, das durch eine kleine Flamme auf konstanter Temperatur gehalten wird. In dieses wird ein gewöhnliches Gärungssaccharometer gestellt. Die Gärung verläuft bei der erhöhten Temperatur schneller als bei Zimmerwärme. Schliesslich erwähnt Verf.

noch die Berechnung der Zuckermenge im Harn nach Roberts, durch Bestimmung des spezifischen Gewichtes vor und nach der Gärung. (G.)

Wagner (254) bespricht kurz die einzelnen Apparate zur quantitativen Zuckerbestimmung im Harne und empfiehlt den von ihm modifizierten Lohnsteinschen Apparat, dessen Vorzüge darin bestehen, dass das Quecksilber nicht verunreinigt und die Reinigung des Gärungsgefässes leicht bewerkstelligt werden kann. Abbildung und Beschreibung des Apparates sind beigefügt. (H.)

In einem 1904 erschienenen Aufsatze behauptet Pflüger (Physiol. Arch. 105), dass die Gärungsprobe für den Nachweis des Traubenzuckers nicht geeignet sei. Er fand in einem sicher zuckerfreien Urin eine CO_2 Quantität, die einem Zuckergehalt von 1,15 % entsprach. Gegen die Diskreditierung des bewährten einfachen Verfahrens wendet sich Salkowski (216). Sämtliche Pflügerschen Harne waren, wahrscheinlich wegen zu langer Dauer der Einzelversuche, alkalisch: sie waren offenbar in ammoniakalische Gärung übergegangen. Durch Weinsäurezusatz war die Kohlensäure des Ammoniumkarbonats in Freiheit gesetzt worden, das aus dem Harnstoff durch Hydratation entstanden war. Aber auch ohne Weinsäurezusatz vermag eine alkalisch reagierende Ammoniumkarbonatlösung freie Kohlensäure durch Erhitzung zu liefern, sofern nur, neben dem sekundären, primäres Ammoniumkarbonat vorhanden ist. Das ist aber immer der Fall bei der ammoniakalischen Gärung, wie Salkowski bereits früher zeigte. Durch Zerfall der normalen Kohlehydrate des Harns entstehen namentlich flüchtige Fettsäuren, die notwendigerweise einen Teil des Ammoniaks neutralisieren müssen. „Jeder Gärungsversuch, bei dessen Abschluss der Harn ammoniakalisch geworden, ist demnach als misslungen zu verwerfen.“ Man vermeidet im allgemeinen die ammoniakalische Gärung, wenn erstens der Versuch nicht über ca. 20 Stunden ausgedehnt wird und man zweitens beim Ansetzen möglichst sauber vorgeht. Natürlich hat man stets am Ende des Versuches die Reaktion des Harnes zu prüfen. Der verwendete Urin muss klar, von saurer, höchstens neutraler Reaktion sein. Ist man im Zweifel, so kocht man den Urin und erhält ihn einige Zeit im Sieden. Ist der Harn dann eventuell alkalisch geworden, so setzt man etwas HCl hinzu und treibt die CO_2 durch kurzes Erhitzen aus. Ammoniakalisch gewordene Harne sind stets in der angegebenen Weise zu behandeln, auf ein negatives Resultat ist natürlich kein Wert zu legen. Enthält der Urin Blut, Eiter, Eiweiss, Albumosen, so wird auf die Gärungsprobe am besten verzichtet. — Eine Anzahl technischer Einzelheiten, die hier nicht angeführt werden können, sind im Original nachzusehen. (S.)

Eine Nachprüfung und Erweiterung der Beobachtungen Strzyzowskis, dass bei Formalinzusatz im diabetischen Urin öfter Fluoreszenz auftritt, gibt Schilling (222). Er fand die Reaktion stets positiv, wenn der Urin über 4 % Zucker enthielt, doch ist nach seinen Beobachtungen weder der Zucker noch Azeton, Oxybuttersäure oder Azetessigsäure die Ursache. Er führt sie auf einen bisher unbekannten Farbstoff zurück. (G.)

Nachprüfung der von Strzyzowski angegebenen Formalinreaktion durch Rabow (198). In einem Fall fiel sie negativ, im anderen positiv aus. (G.)

Auf Zusatz von 5 % offizinellem Formalin zu diabetischem Harn tritt, wie Strzyzowski (237) zeigt, bei Anwesenheit abnormer Stoff-

wechselprodnkte: Azeton, β-Oxyhnttersäure, Azetessigsänre n. a., nach 24—48 Stunden bei Zimmertemperatur eine grün fluoreszierende Färhung ein, schneller noch bei 50—60°, langsamer hei 0—10°. Fehlen der Reaktion lässt auf leichten Diabetes schliessen. Die oben genannten abnormen Stoffwechselprodukte sind nach Verf. nicht die Ursache der Reaktion. (G.)

Die von Frommer (69) in Gemeinschaft mit Emilewicz gefnndene Reaktion wird folgendermassen ausgeführt: 10 ccm Urin werden mit 1 g Kalihydrat in Substanz versetzt, dann fügt man, ohne die Lösung abzuwarten, 10—12 Tropfen Salizylaldehyd (Salizyl + 10 Alcoh. abs.) hinzu nnd erwärmt auf ca. 70°. Beim Vorhandensein von Azeton bildet sich an der Berührungsstelle beider Substanzen ein purpurroter Ring. Setzt man das Salizylaldehyd erst nach Lösnng des Kalihydrats hinzn, so wird die Flüssigkeit erst gelb, dann rötlich, pnrpurrot und schliesslich — nach längerem Stehen — karmoisinfarben. Bei Abwesenheit von Azeton bleiht die Farhe des Urins fast nnverändert. Andere Substanzen geben die Färhung nicht, anch nicht Azetessigsäure. Die Antoren konnten mit ihrer Prohe noch 0,000001 g Azeton nachweisen. — Die chemischen Umsetzungen sind im Original nachznsehen. Anschliessende Erörterungen üher das Vorkommen von Azeton in normalen und pathologischen Zuständen enthalten nichts Neues. (S.)

Als Stütze für die Anschauung, dass der Diahetiker Harnzucker aus Eiweiss zn bilden vermag, führt Znccbi (270) seine Beobachtungen an, dass hei Pankreasdiahetes das Verhältnis der ansgeschiedenen Tageszuckermenge und Tageseisenmenge nicht konstant ist. Nach A. Neumann und A. Mayer (Hoppe-Seylers Zeitschr., Bd. 37) sollte konstant 2,5 mg Fe anf 100 g Zucker kommen, Zucchi fand dagegen sehr wechselnde Mengen. (Qu.)

Schade (218) erläntert den Begriff der Katalyse. Er giht eine Reihe von Untersuchungen üher die Brennbarkeit des Zuckers bekannt und nennt eine Anzahl von Substanzen nnd Lösungen, die, mit dem Zncker in Kontakt gehracht, hewirken, dass der Zucker beim Einhalten in die Flamme sich leicht entzündet — eine katalytische Erscheinung. — Die Verbrennungsprobe des Zuckers ist eine sehr empfindliche Versuchsanordnnng zur Prüfung der Kontaktbeeinflussung. Der Oxydationskoeffizient des Rohr- und Traubenzuckers ist eine sehr variable Grösse, die durch Kontakthecinflussnng leicht erhöht werden kann. Diese erhöhte Oxydierbarkeit des Zuckers findet sich in der Trockenheit und in wässerigen Lösungen. Unsere Zuckerreagenzien beruhen anf der Anwendnng der Kontaktheeinflussung. (H.)

Die polarimetrische Bestimmnng des Harnzuckers stimmt nach Geelmnyden (75) hänfig nicht mit der titrimetrischen überein, sie kann mehr (Snperrotation) oder weniger (Subrotation) anzeigen, ohne dass Fruchtzucker anwesend ist. Bei Superrotation kann man annehmen, dass im Diabetikerharn Glykoside oder höher zusammengesetzte Kohlehydrate vorkommen, welche bei langsamer Spaltung Glykose liefern. Welche Zuckerarten hei der Subrotation im Harn anwesend sind, ist nicht entschieden, man hat an Maltose nnd gepaarte Glykuronsäuren gedacht. Am häufigsten trifft man Super- nnd Snhrotation in frischen, diätetisch noch nicht hehandelten Fällen, hesonders bei Kindern. Bei kohlehydratfreier Kost verschwinden sie bald, doch kann man sie nicht

ohne weiteres als alimentäre Erscheinung auffassen; wahrscheinlich sind es pathologische Veränderungen des intermediären Stoffwechsels. (Qu.)

Durch intravenöse Einspritzung grösserer Mengen Kochsalzlösung lässt sich, wie Fischer (66) zeigt, innerhalb weniger Stunden bei Kaninchen Glykosurie erzeugen. Zucker kommt um so mehr zum Vorschein, je höher die Konzentration der eingespritzten Kochsalzlösung ist. Ebenso wie $^{1}/_{6}$ molekularer Lösung von NaCl wirken auch NaBr, NaJ und $NaNO_3$. Diese Glykosurie kann gehemmt werden, wenn man zu der Chlornatriumlösung Calciumchlorid hinzufügt (zu 975 ccm $^{1}/_{6}$ molekularer NaCl-Lösung 25 ccm $^{2}/_{8}$ molekulares $CaCl_2$); sowie man Calciumchloridlösung weglässt, tritt die Glykosurie wieder auf. Einspritzung von Kochsalzlösung in die Art. axillaris bringt schneller eine grössere und länger dauernde Glykosurie hervor, als bei peripherer Injektion. Der Angriffspunkt der wirksamen Salze scheint die Medulla oblongata zu sein. LiCl, KCl und $SrCl_2$, die peripher eingespritzt tödlich wirken, bringen bei Einspritzung in die Art. axillaris ebenfalls Glykosurie hervor. Bei allen Versuchen läuft der Prozentsatz Zucker im Harn der Menge des Urins nicht proportional, eher umgekehrt. (Qu.)

Wolownik (265) hat die Eigenschaften des Adrenalins, Glykosurie und Temperaturherabsetzung hervorzurufen, experimentell studiert. Die Glykosurie beruht nach Verf. darauf, dass das Adrenalin eine „Ausschüttung der Glykogenbestände der Leber" bewirkt, möglicherweise auch der Muskeln. Bei Darreichung von Lävulose oder Rohrzucker wurde nur Dextrose ausgeschieden. Sperminum-Poehl hatte auf die Glykosurie eine retardierende Wirkung. Die Tatsache des Temperaturabfalles konnte Wolownik bestätigen, seine Ursache jedoch nicht klarstellen. (G.)

Seelig (230) hat die Beobachtung gemacht, dass bei Hunden und Kaninchen nach Morphin-Äthernarkose Zucker im Urin auftrat. Die weitere experimentelle Verfolgung dieser Beobachtung ergab, dass es sich um eine regelmässige Erscheinung und Folge der Ätherinhalation handelte. Im Blut konnte Seelig eine geringe Erhöhung des Zuckergehaltes konstatieren; die Bestimmung des Glykogengehaltes der Leber ergab eine bedeutende Verminderung desselben. Die Glykosurie trat bei Hunden nur nach Fleischfütterung auf, fehlte dagegen bei Kohlehydratzufuhr. Durch gleichzeitige intravenöse Sauerstoffinfusion in bestimmter Dosierung konnte die Glykosurie gleichfalls verhindert werden. (G.)

Ellinger und Seelig (58) fanden, dass der Einfluss des Wärmestiches auf die Suprareninglykosurie ein wechselnder ist. Bakterielle Infektion führt nur dann zu einer deutlichen Verminderung der Glykosurie, wenn die Suprarenininjektion kurz vor dem Tode erfolgt. Hierbei ist eine Störung der Nierenfunktion nicht auszuschliessen. Regelmässig wird die Glykosurie herabgesetzt oder zum Schwinden gebracht, wenn die Nierenfunktion beeinträchtigt ist, z. B. durch temporäre Unterbindung beider Nierenarterien.

Richter wendet sich gegen die Behauptung von Ellinger und Seelig: „Er habe in seinen Arbeiten die Frage nach dem Einflusse der Nieren auf das Verschwinden der Glykosurie nicht einmal gestreift." Die Gründe, weswegen er es nicht getan hat, legt er kurz dar. (H.)

Richter (206) begründet, wesbalb er nicht näher auf die Nierenschädigungen bei seinen Versuchen über Suprarenin-Glykosnrie eingegangen ist.

Seelig nnd Ellinger balten ibre Einwände anfrecht. (H.)

Lnzzatto (131) bat an Hunden nnd Kaninchen seine Versnche gemacbt und festgestellt, dass erst nacb ziemlich grossen Dosen Morphin Glykosurie anftrat, manchesmal anch ganz ausblieb; die ausgeschiedene reduzierende Snbstanz ist Traubenzncker. Es besteht gleichzeitig eine Hyperglykämie, die also die Ursacbe der Glykosnrie ist. Die Nahrung bat keinen besonderen Einfluss anf die Zuckerausscbeidung; nacb längerdauerndem Hunger tritt keine Glykosnrie nach Morphingaben ein, ebenso tritt sie nacb Gewöhnnng an das Gift nicht mebr auf. In Stoffwecbselnntersncbungen konnte Luzzatto nachweisen, dass Morpbin eine starke Vermehrung der Stickstoff-, Pbosphorsänre- und Harnsäureausscheidnng bewirkt. Ein Zusammenhang zwischen diesen Veränderungen des Stoffwechsels und der Morphinglykosnrie scheint nicbt zn besteben. (G.)

Sebrt (231) unterzog verscbiedene Organe nach Vermischung mit Azeton zusammen mit Traubenzucker- und Lävuloselösnngen der Antolyse. Es ergab sich ebenfalls, dass nur das Pankreas imstande ist, Tranbenzucker, allerdings in geringer Menge, zu zerlegen. Stärker war die Zerlegung des Traubenzuckers, wenn man Pankreas- nnd Mnskelpnlver zusammen mit Traubenzucker zerlegte. Es ist also wobl der Scblnss znlässig, dass auch im lebenden Organismus zwei Organe nötig sind, um Traubenzucker zu zerlegen. Lävnlose wurde von Pankreas-Muskelgemisch gar nicbt zerlegt, dagegen in ganz geringem Masse von Leber- und Speicbeldrüsengewebe. (Qu.)

Nenbauer (168) beobacbtete einen Fall, den er auf Grund eingehender Untersucbungen als reine Fruktosurie anspricht. Er gibt die Resultate seiner Untersuchungen über den Einfluss der Kost auf die Grösse der Fruktoseausscheidung bekannt. Die Assimilationsgrenze ist gleich Nnll; immer gebt ein konstanter Bruchteil des Znckers in den Harn über. Reine Fruktosurien sind ausgezeichnet dadurcb, dass neben Frucbtzncker sicb keine andere Znckerart findet und dass die Fruchtzuckerausscbeidung nur von der Zufuhr des Frncbtzuckers abhängig ist. Ein Fall von gemiscbter Meliturie, den Neubaner später beobachtete, stimmte mit der Fruktosurie nur darin überein, dass bei kohlehydratfreier Kost der Zncker ans dem Harne verscbwand, sonst zeigte aber dieser Fall ein vollständig anderes Verbalten. (H.)

Nacb Ofners (181) Versnchen ist das Neuberg-Stranssche Verfahren zum Nachweis des Fruchtznckers in Körpersäften nicht brauchbar. Das Osazon ist nur dann beweisend für Fruktose, wenn es innerhalb fünf Stnnden bei Zimmertemperatur sich isolieren lässt. Vorläufig ist immer noch die Seliwanoffsche Reaktion die beste Methode zum Nacbweis des Frucbtznckers. (Qu.)

Luzzatto (132) bat Laktose nnd Galaktose an Hunde verfüttert und gefunden, dass Galaktose bedentend schlechter ausgenützt wird, als Glykose und Laktose. Bei Verabreichung nicht zn grosser Mengen Laktose erscbeint ein Teil als Galaktose im Urin, ein anderer wird ausgenützt. (G.)

Unter 3000 Harnproben fand Jolles (101) viermal Pentosen. Da bei der Orcinprobe, wie sie gewöhnlich zum Nachweis der Pentosen angestellt wird, eventuell eine Verwechselung mit Glykuronsäure stattfinden

kann, gibt Verf. folgende Modifikation an: 10—20 ccm Harn werden mit essigsanrem Natron und Phenylhydrazin eine Stnnde gekocht, der Niederschlag dann mit Salzsäure und Wasser destilliert. In 1 ccm Destillat werden dann die Pentosen mit 4 ccm Bialschem Reagens nachgewiesen. (G.)

Nachprüfnng und Empfehlung der Neumannschen Orcin-Reaktionen (Berl. klin. W. 04, 41) durch Mann (138). Die Arbeit enthält nichts Neues. (S.)

Tintemann (247) stellt bei einem Fall von Pentosurie Untersuchungen an über das Ausscheidungsvermögen von Kohlehydraten. Dextrose und Lävulose wurden glatt verbrannt, wenn man sie in Mengen gab, wie sie zur Erzeugung von alimentärer Glykosurie gegeben werden. Galaktose wurde wie beim Gesunden znm geringen Teil wieder ausgeschieden. Die Pentosenausscheidung, welche unabhängig von der Ernährung ist, stieg etwas bei der Verabreichung von Galaktose. Bei der Einverleibung von Pentose (Xylose) wurden wie beim Gesunden 40% wieder ausgeschieden, der übrige Teil wurden verbrannt; auch gebundene Pentosen (Kalbsthymus) scheinen in genügender Menge verbrannt zu werden. Nach den bisherigen Beobachtungen muss man die Pentosurie als eine reine Stoffwechselanomalie betrachten und nicht als eine den Körper und seine Funktionen schädigende Krankheit. (Qu.)

Baer (10) fand bei Versuchen an Hunden, dass Glykuronsäureausscheidung, dnrch grosse Kampfergaben hervorgerufen, nicht znr Ausscheidnng von Azeton nnd β-Oxybuttersäure führt. Wird ein Körper, der Glykuronsänreausscheidung in beträchtlicher Höhe hervorruft — Baer untersuchte, Kampfer und Chloralhydrat — bei bestehender Acidose gegeben, so sinkt die Azidose unter Umständen recht bedeutend ab, gleichgültig, ob dabei mehr oder weniger N, mehr oder weniger Zucker ausgeschieden wird oder die Ansscheidung beider gleich bleibt. Morphiumnarkose lässt eine deutliche Beeinflussnng der Azidose nicht erkennen.

Wohlgemut erwidert auf einen Einwurf von Baer, dass die von ihm aus dem Kokainharn isolierte Glykuronsäure tatsächlich Phenolglykuronsäure war. (Qu.)

Die Arbeiten Neubergs und Neimanns (172) (173) (174) sind rein chemisch und müssen im Original nachgelesen werden, da sie zu kurzem Referat nicht geeignet sind. (Qu.)

Neuberg (169) führt in einer kurzen Mitteilung an, dass er mit Neimann ihre Zuckersäuremethode zur Bestimmnng gepaarter Glukuronsäure (Hoppe-Seylers Zeitschr., Bd. 44, S. 127) als ein für die Harnanalyse brauchbares Verfahren angegeben haben. Gute Resultate erzielt man nur für die physiologisch besonders wichtige Phenolglukuronsäure. (Qu.)

Die Modifikation, die Jastrowitz (97) der Eisenchloridprobe gibt, besteht in Überschichtung einer dünnen Fe_2Cl_6-Lösung (die spezifisch leichter sein muss als der Urin) mit 1 ccm Urin. An der Berührungsstelle bildet sich ein roter Ring, der je nach dem Gehalt an Azetessigsäure heller oder dunkler erscheint. Die Reaktion wird, namentlich in unsicheren Fällen, deutlicher, wenn man die Probe einige Zeit stehen lässt. (S.)

Der Aufsatz Ruhemanns (214) enthält eine sehr eingehende kritische Besprechung zweier Arbeiten von Gabritschewsky (Berl.

klin. W. 02, 21) und Riegler (Wiener med. Bl. 02, 14), die sich mit der Einwirkung des Urins auf Jodsäure, namentlich soweit sie für den Nachweis von Acetessigsäure in Betracht kommt, beschäftigen. Die in der Überschrift genannten Arbeiten von Eschbaum und Kraft werden zwecks Empfehlnng des von Ruhemann angegebenen Uricometers (Berl. kl. W. 02, 2 u. 3) besprochen. Die Arbeit hat lediglich referierenden Charakter. (S.)

Lindemann (127) bespricht die von Riegler angegebene Reaktion auf Acetessigsäure. Nur bei saurer Reaktion des Harnes ist diese Reaktion beweisend, bei alkalisch reagierendem Harne ist eine Täuschung möglich. Diese will Lindemann vermeiden, indem er den Harn vorher mit verdünnter Essigsäure ansäuert. An Stelle Jodsäure verwendet er Lugolsche Lösung. Seine Versuche fielen zufriedenstellend aus. Die Lindemannsche Probe hat die Vorzüge, 1. dass man unabhängig von den im Harn enthaltenen Substanzen ist, die freies Jod aus Jodsäure abscheiden, 2. dass man schätzen kann, ob wenig oder viel Acetessigsäure im Harne enthalten ist. (H.)

Porcher und Hervieux (195) verfütterten Skatol und konnten aus dem Harn einen Farbstoff — Skatolrot — erhalten. Sie sind der Ansicht, dass Skatolrot mit Uroroseiu identisch ist. (Qu.)

Bei gleichbleibender Kost hat v. Koziczkowsky (110) die Indikanmengen und Ätherschwefelsäuren quantitativ bestimmt nnd den Stuhl makroskopisch geprüft. Bei qualitativen Änderungen der Kost ergab sich, dass eine eiweissreiche Diät eine Steigerung der Indikan- und Ätherschwefelsäuremengen bewirkte, welche sich allerdings innerhalb gewisser beschränkter Grenzen hielt. Bei Darreichung von Fleisch, dessen Blutfarbstoff noch nicht zerstört war, trat eine erheblich grössere Steigerung der genannten Fäulnisprodukte ein. Bei Einverleibung von Hefe kam eine Herabsetzung der Menge der Fäulnisprodukte nicht zustande, auch wirkte die Hefe auf eine bestehende Verstopfung nicht bessernd ein, der Abgang von Gasen war nach Aussage des Patienten allerdings erleichtert. Die therapeutische Wirknng der Hefe mnss also auf einem anderen Wege stattfinden. (Qu.)

Grosser (82) bestimmte bei Kaninchen die ausgeschiedene Indikanmenge, sowie die Vermehrung der Ätherschwefelsäure nach Einführung von Indol per os und subkutan. Er konnte ebenfalls bestätigen, dass im normalen Kaninchenharn keine indigobildende Substanz vorhanden ist. Das gegebene Indol wird während zweimal 24 Stunden vollständig ausgeschieden, ferner wird weniger Ätherschwefelsäure, als dem gegebenen Indol entspricht, ausgeschieden, jedoch mehr als durch den ausgeschiedenen Indigo zu Indigoätherschwefelsänre gebunden werden kann. Als indigobildende Substanz werden vom Indol ca. 30% bei subkutaner Einverleibnng, ca. 16% bei Verfütterung ausgeschieden. Ätherschwefelsäure wird auf Kosten der Sulfatschwefelsäure gebildet. Bei der Einverleibung von Skatol konnte keine gleichmässige Vermehrung der ausgeschiedenen Schwefelsäuren nachgewiesen werden, ebenso war es nicht möglich im Harn Skatol oder ein Derivat quantitativ zu bestimmen. Der Skatolfarbstoff konnte aus dem Harn mit grösster Wahrscheinlichkeit isoliert werden. (Qu.)

Statt Chlorkalk oder Eisenchlorid nimmt Gürber (83) als Oxydationsmittel 1%ige Osmiumsäure zur Anstellung der Indikanprobe. Ein Überschuss der Osmiumsäure schädigt den Verlauf der Reaktion

nicht, bei längerem Stehen wirkt sie allerdings auch auf das Indigoblau. Stark gefärbter oder sehr konzentrierter Harn wird zweckmässig vorher mit Bleiessig vorbehandelt. (Qu.)

Statt der Vergleichsröhrchen bei der Boumaschen Methode (Hoppe-Seylers Zeitschrift, Bd. 32) benützt Oerum (180) das Meislingsche Kolorimeter und erzielt hierdurch genaue Resultate. Zur Umsetzung gebraucht Oerum Isatin Merck. Die ziemlich einfache Technik muss im Original nachgelesen werden. (Qu.)

Magnus-Levy (134) kann auf Grund eigener Untersuchungen den von Wiechowski aufgestellten Satz bestätigen, dass der vitale Eiweisszerfall weit mehr Glykokoll liefert, als der hydrolytische in vitro. Um diesen Unterschied im Eiweisszerfall zu ergründen, bringt er benzoylierte Amidosäuren in den Kreislauf. Nur das Benzoylleucin ging fast quantitativ in Hippursäure über. Verf. hofft, durch weitere Untersuchungen in dieser Richtung eine genügende Erklärung für die von ihm beobachteten Glykokollmaxima zu finden. (H.)

Camerer (30) gibt in einem zusammenfassenden Referat eine Übersicht über den Stand der Harnstofffrage zu Beginn des Jahres 1903. Es ist eine kritische Besprechung der verschiedenen Untersuchungsmethoden; sie dürfte für jeden der sich mit Harnstoffuntersuchungen befassen will, von grossem Nutzen sein. (Qu.)

Nach den Untersuchungen von Krummacher (114) beträgt die Lösungswärme des Harnstoffs pro g Mol. in Kilo-Kal. im Mittel 3,57. (Qu.)

Die Ammoniakausscheidung unterliegt beim Gesunden im Laufe des Tages regelmässigen Schwankungen. Nach Schilling (220) fällt das Maximum auf die Nacht, das Minimum auf die ersten Nachmittagsstunden und zwar bemerkenswerterweise unabhängig von der Zeit der Nahrungseinnahme. Die Stickstoff- und Ammoniakausfuhr erfolgt ziemlich gleichmässig. Vermehrte NH_3-Ausscheidung tritt nach Körperarbeit auf, ebenso nach reichlicher Fettzufuhr. (Qu.)

Axisa (9) hat in zehn Fällen von Leberabszess die Harnstoff- und NH_3-Ausscheidung vor und nach der Operation bestimmt. Er fand vor der Operation regelmässig eine Verminderung des Harnstoffes von mindestens 15% bis zu 40% und eine Vermehrung des Ammoniaks um das Zwei- bis Fünffache. Nach der Operation kehrten die Verhältnisse wieder zur Norm zurück. Da sich bei anderen Lebererkrankungen dies nicht mit solcher Regelmässigkeit findet, hält Verf. eine Verminderung des Harnstoffes von mindestens 15% in Verbindung mit erhöhter Ammoniakausscheidung und Leukozytose für ein wichtiges Zeichen bei Leberabszess. (G.)

Czernecki (44) verfütterte Kreatin, Kreatinin, Glykocyamin und Glykocyamidin an Kaninchen. Bei Kreatinfütterung erschien nur wenig Kreatinin im Harn, ebenso ist bei Glykocyamidinfütterung Kreatinin sicher nicht in vermehrter Menge ausgeschieden worden. Glykocyamin wurde teilweise unverändert ausgeschieden; dass eine Methylierung derselben eingetreten ist, konnte Czernecki nicht sicher nachweisen. Kreatinin wurde zur Hälfte als solches ausgeschieden. (Qu.)

Die Kurve der Chlornatriumausscheidung hat, wie Müller und Saxl (165) ausführen, in mancher Beziehung Ähnlichkeit mit der Stickstoffkurve. Nach Einnahme einer Mahlzeit zeigt die Kurve der absoluten

und relativen Kochsalzausscheidung zuerst eine mässige Steigerung, dann eine Senkung und hieranf wieder eine Steigerung. Diese Kurve deuten die Verff. folgendermassen: Die erste Steigerung unmittelhar nach der Mahlzeit steht im Zusammenhang mit der Resorption der Chloride vom Magen her; die Senkung, welche mehrere Stunden anhält, entspricht dem Verhrauch des Chlornatrinms des Blutes für die Salzsänrehildnng im Magen; die zweite Steigerung geht parallel der Kochsalzresorption im Darmtrakt. (Qn.)

Die Dehnsche (46) Methode ist eine Modifikation der Volhardschen. Dehn henützt als Oxydationsmittel chlorfreies Natriumperoxyd. Die Methode ist kurz folgende: 10 ccm Urin werden mit geringen Mengen Natriumperoxyd versetzt nnd auf dem Wasserhad verdampft, dann kommen 10 ccm Wasser hinzu, dieses wird mit verdünnter Salpetersäure angesäuert, dann wird nach Volhard mit Kalinmsulfocyanat nnd Silhernitrat titriert; als Indikator dient Eisennitrat. Die Dehnsche Methode erfordert ca. zwei Minuten und eignet sich deshalh für kliuische Arbeiten, sie ist ehenso genau wie die anderen volumetrischen Methoden, jedoch nicht so hequem wie die Volhardsche. (Qn.)

Anatomische Ahnormitäten einzelner Organe und Gewebe gelten, namentlich in der Psychiatrie nnd Kriminalanthropologie, seit langem als wertvolle Hinweise auf angeborene Minderwertigkeit. Alhn (4) fasst, auf Martius Anschannngen fussend, die Achylia gastrica, die orthotische Albuminurie und die Hämophilie als physiologische Analoga auf. In ihrem Wesen lokalisierte Innervationsstörungen vorstellend, sind sie als Stigmata einer allgemeinen krankhaften Anlage aufzufassen. Diese Anschauungen finden ihre Begründung in den stets nachzuweisenden somatischen oder psychischen Ahnormitäten der Aszendenz nnd in der allgemeinen Dehilität der betroffenen Individuen selhst. Zwei Krankengeschichten mit eingehenden Anamnesen dienen als Erlänterung. (S.)

Loeh (128) kommt auf Grnnd seiner Untersnchungen im Gegensatze zn Pohl zu dem Schlusse, dass durch senkrechte Körperhaltung normaler Menschen die Kochsalzausscheidung nicht hintangehalten, sondern vermehrt wird. Beim Orthostatiker sinkt in der Aufstehperiode die Harnmenge, der Kochsalzprozentgehalt nimmt ah, während die anderen Elektrolyte und die organischen Moleküle zunehmen. (H.)

Unter 13 genau heohachteten Fällen Pelnárs (186) von orthostatischer Alhnminurie fand Pelnár achtmal hereditäre Belastung im weitesten Sinne, hei allen morphologischen und Charakteranomalien. Vor allem aher waren bedeutende kardiovaskuläre Störungen zu konstatieren: erhöhte vasomotorische Reflexe, Wanderherz, Stahilität des Pulses, Asphyxie der Finger, Neigung zn Ohnmachten etc. Der Blntdruck war beim Stehen stets niedriger als heim Liegen, der Puls im Stehen klein, wenig gespannt, dikrot und frequenter; gleichzeitig trat beim Stehen Oligurie mit erhöhtem spezifischen Gewicht nnd Alhumen auf. Verf. führt die orthostatische Alhuminurie auf ein Zusammentreffen kardiovasknlärer Anomalien mit leichten Läsionen des Nierenparenchyms zurück. (G.)

Neukirch (175) beschreiht einen Fall von essentieller Alhuminurie nach einer leichten Diphtherie. Die Alhnminurie hestand fünf Jahre nnd verlor sich spontan, ohne wiederzukehren. Eine zweimonatliche Bettruhe brachte das Eiweiss wohl znm Schwinden, aher nach dem Aufstehen trat es sofort wieder auf; eine Höhenknr in St. Moritz hatte gute Er-

folge. Neukirch schliesst sich den Anschaunngen Posners an, dass es sich hei der essentiellen Albuminurie nicht um einen physiologischen Vorgang, anch nicht um eine echte Nepbritis, sondern um eine Krankheit sui generis handelt, die vielleicht auf Innervationsanomalien der Niere znrückzuführen ist. (Qu.)

Nach einem kurzen Referat über die wesentlichen neneren Fortschritte in der Pathologie der Schwangerschaftsniere, der eigentlichen Nephritis und der Übergänge heider Zustände, worüber im Original nachznlesen ist, fasst Veit (252) seinen therapeutischen Standpnnkt folgendermassen zusammen: Albnminnrie und Schwangerschaftsniere gehen an sich keinen Grund zum aktiven Vorgehen; stellen sich aher Zeichen des Überganges in echte Nephritis ein — Retinitis albnm., Herzhypertrophie, Ascites — so ist die Scbwangerschaft ohne Rücksicht anf das Kind zu unterhrechen. Ehenso wird bei chronischer Nephritis nur dann die Schwangerschaft nnterhrochen, wenn hedrohliche Dekompensationsstörungen (besonders Dyspnoe, Pulsarhythmie) auftreten. (S.)

In der Pubertätszeit findet man häufig Alhuminurie mit Herzvergrösserung. Man könnte diese Albuminurie mit interstitieller Nephritis verwechseln; dagegen spricht aher das Verhalten des Blutdruckes. Bei diesen Pubertätsalhnminurien fand Matthes (139) durchweg normale oder seltener ganz wenig gesteigerte Werte. Zur Ahgrenzung der Pubertätsalhuminurie gegen Nephritis ist deshalh die Blutdruckmessnng sehr gut zu verwerten. (Qu.)

Morawitz und Dietschy (164) hahen die früheren Untersuchungen über fehrile Alhumosurie an der Hand einer neuen von Hofmeister angegebenen Methode nachgeprüft. Diese Methode hietet die Sicherheit, dass das Entstehen von Alhumosen ans Eiweiss im Urin vermieden wird. Sie fanden im Gegensatz zu früheren Untersuchern in der Tat in bedentend weniger Fällen fieherhafter Erkrankungen (37,5%) Albumosen im Urin. Am konstantesten, wenn anch nicht ausnahmslos, war der Befund hei cronpöser Pneumonie positiv, ganz vereinzelt hei Typhus. Vollkommen negativ waren die Resultate hei allerdings leichten Fällen von Gelenkrheumatismns. Mit derselhen Methode untersuchten noch die Verff. das Blnt von Hunden anf Albnmosen. Sie erhielten auch einen Biuretreaktion gebenden Körper, wenn das ganze Blut verarheitet wurde; Oxalatplasma hatte dagegen stets negative Resultate. Verff. führen dies darauf zurück, dass ihre Methode bei Anwesenheit von Hämoglobin möglicherweise keine ganz zuverlässigen Resultate ergibt. (G.)

Reach (201) fand in einem Fall von multiplen Myelomen 3,2% des Bence-Jonesschen Eiweisskörpers. Die Analyse des Körpers ergab einen Gehalt an Basenstickstoff von 16,2%, und zwar Ammoniakstickstoff 9,9%, Diaminosäurenstickstoff 6,4%; der letztere verteilt sich auf Histidin 0,9%, Arginin 2,4%, Lysin 3,0%; Huminstickstoff wurden 9,8% gefunden. Dieser Zusammensetzung nach ist der Bence-Jonessche Eiweisskörper verschieden von jeder der his jetzt untersuchten Heteroalhumosen, mit denen er wiederholt identifiziert wurde. Der Körper konnte von Reach ansser im Harn auch noch in der Milz nachgewiesen werden, dagegen nicht in der Leher, dem Blnt nnd dem Knochenmark. Dieser Befund spricht für die Anschannng, dass der Körper in den pathologischen Herden gebildet wird und nicht aus dem Eiweiss der Nahrung stammt. (Qu.)

Klieneberger (106) hat genaue fortlaufende Untersuchnngen über die Ausscheidung von hyalinen Zylindern hei Stauungen angestellt. Er führt diese Erscheinung anf Zirkulationsstörungen zurück und konnte in der Tat bei Herzaffektionen und bei lokalen Stauungen massenhaftes Anftreten von hyalinen Zylindern feststellen, ohne dass pathologisch-anatomisch eine Nephritis nachgewiesen war. Bei den Herzaffektionen kann das Auftreten der Zylinder prognostisch wichtig sein. Mässige Albuminnrie nnd hyaline Zylindrurie hei gleichzeitig bestehenden Ödemen gibt eine schlechtere Prognose als Ödeme ohne Zylindrurie, ebenso hyaline Zylindrurie ohne Ödeme. Bei Kollaps oder kollapsähnlichen Znständen war eine nur einzelne Tage andauernde Zylindrurie manchmal mit geringer Albuminurie vorhanden. Es hat sich bei diesen Fällen keine Nephritis angeschlossen, resp. fand sich post mortem eine solche nicht vor. Bei chronischen Krankheiten (Tuberkulose, Emphysem mit Bronchitis, chronischen Kachexien) treten terminal massenhaft hyaline Zylinder und geringe (gelegentlich anch starke) Albuminnrie auf; charakteristische Parenchymveränderungen konnten nicht nachgewiesen werden. Diese Erscheinungen dürften als Folge der agonalen und terminalen Zirkulationsstörungen aufzufassen sein. (Qu.)

Bei der Cystinurie handelt es sich nicht um eine vereinzelte, auf einen einzigen Komplex heschränkte Anomalie des Eiweissstoffwechsels, sondern um eine mehr allgemeine Störung desselhen. Abderhalden und Schittenhelm (1) konnten im Cystinharn mit Leichtigkeit Tyrosin nnd Lencin sicher nachweisen, es waren anch noch andere Aminosäuren in kleinen Mengen vorhanden. (Qn.)

E. Fischer und Suzuki (65) lehnen auf Grund ihrer Befunde die Annahme von Neuberg und Mayer ab, dass es zwei Cystine gibt, sie vermuten, dass es sich bei dem „Steincystin" nm einen etwaigen Tyrosingehalt der Steine handelt. (Qu.)

Bödtcker (25) konnte bei Cystinurie ebenfalls Kadaverin und Putrescin in geringen Quantitäten nachweisen. Im Cystinharn fand er abnorm hohe Werte des nnoxydierten Schwefels. Cystin ist nicht dnrch Fäulnisprozesse gebildet, sondern ein normales, zum grössten Teil intermediäres Prodnkt des Eiweissabbaues. (Qn.)

Simon (234) macht darauf aufmerksam, dass er in einem Fall von Cystinurie bei Verfütterung von Tyrosin dasselbe nicht im Harne nachweisen konnte. Die Ansicht von Loewy und Neuberg, dass es sich bei Cystinnrie um eine sehr hedeutende Störung des Aminosäurestoffwechsels handelt, ist nach Simons Ansicht nicht ganz zutreffend. (Qn.)

Nenberg und Mayer (171) haben vergleichende Untersuchnngen der Cystine verschiedener Herkunft angestellt und kommen zu der Ansicht, dass sich zwei struktnrisomere Cystine in der Natur finden. Die Arbeit ist von rein chemischem Interesse und muss im Original nachgelesen werden. (Qu.)

LXVII.

Kystoskopie, Ureterenkatheterismus und Funktionelle Nierendiagnostik.

Bearbeitet von **Freih. v. Notthafft**-München, mit Beiträgen von **Berth. Goldberg**-Cöln-Wildungen, **Herm. Goldenberg**-New-York und **Kanitz**-Klausenburg (im Auftrage von **v. Marschalkó**-Klausenburg).

Literatur:

1. Albarran, J., Exploration des fonctions rénales. Paris. Masson et Cie.
2. Albarren, Kümmell, Giordano, Bazy, Legnen, Kapsammer und Hartmann, Diagnose der chirurgischen Nierenkrankheiten. 1. Kongress der Internat. Ges. f. Chirurgie.
3. Ayres, Winfried, A new model of the catheterizing cystoscope. Amer. journ. of Urology. Juni.

3a. Bierhoff, Frederic, The cystoscope and ureter catheter in the diagnosis and prognosis of surgical diseases of the kidney (Das Cystoscop und der Uretercatheter in der Diagnose und Prognose chirurgischer Erkrankungen der Niere). American Journal of Surgery. October.

4. Boross, E., Az ureterkatneterismusról. (Über den Ureterkatheterismus). Budapesti orvosi ujság. Nr. 19.

4a. Brown, Tilden, The cistoscope and ureter catheter in the diagnosis of surgical diseases of the kidney and ureter (Das Cystoscop und Ureterkatheter in der Diagnose chirurgischer Erkrankungen der Niere und des Ureters. Medical News Nr. 10.

5. Büttner, Kryoskopische Untersuchungen über die Funktion der Niere in der Schwangerschaft. 11. Kongr. der Deutsch. Ges. f. Gynäkol.

5a. Cabot, Follen, The cystoscope as an aid in genito-urinary surgery (Das Cystoscop als Hilfe bei der Chirurgie der Harnorgane). Medical News Nr. 3. (Nichts Neues).. (H. G.).

5b. Cabot jr., Follen, A new method for the detection of calculi in the ureter and kidney. (Eine neue Methode zum Auffinden von Steinen im Ureter und in der Niere.) American Journal of Urology, März.

6. Carruthers, Thomas, Urine examination made easy. London. J. and A. Churchill.
7. Casper, Leopold, Rückblick auf die Nierenchirurgie seit Einführung des Ureterenkatheterismus. Berliner klin. Wochenschr. S. 533.
8. Derselbe, Rückblick auf die Nierenchirurgie seit Einführung des Harnleiterkatheterismus. XXXIV. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Chir. und Arch. f. klin. Chir. Bd. 77. S. 72.
9. Casper and Richter, Functional diagnosis of kidney disease, with special reference to renal surgery (translated). London, Rehman, Limited.
10. Chatelin, F., Nouvelle méthode de cystoscopie. Ann. des mal. des organes genito-urin. Bd. II. H. 15. S. 1245.
11. Ekehorn, G., Die Funktion der Niere nach durchgemachtem Sektionsschnitt. Arch. f. klin. Chir. Bd. 78. S 171.
12. Feleki, H., Ujabb ed stok hólyagtükrözés techninkájához. (Neuere Beiträge zur Technik der Cystoskopie.) „Urologia," Vierteljahresbeilage des Budapesti orvosi ujság. Nr. 1.
13. Fenwick, E. Harry, Ureteric meatoscopy in obscure diseases of the kidney. London, J. and A. Churchill.
14. Frenk, E. R. W., Einfaches Stativ für Kystoskope, Urethroskope und ähnliche Instrumente. Zentr.-Bl. f. d. Krankh. der Harn- u. Sex.-Organe. S. 441.
15. Friedenthal, Hans, Chirurgik vom Sympathicus innervierter Organe. Arch. f. Anatom. u. Physiol. Physiol. Abt. S. 127.

16. Fnrniss, H. D., On cystoscopy. Amer. Medicine. 25. Fehruar.
17. Glasser E., Hundert Fälle funktioneller Nierendiagnostik. Arch. f. klin. Chir. Bd. 77. S. 99.
18. Harris, M. L., Newer aids to diagnosis in diseases ef the urinary tract. Journ. ef the Amer. med. Assoc. 1. Juli.
19. Hendersen, V. E. und Leewi, O., Untersuchungen zur Physielegie und Pharmakelegie der Nierenfnnktien. Mitteilung V: Über den Mechaniemus der Harnstoffdiurese. Arch. f. experim. Pathol. n. Pharmakel. Bd. 53. S. 49.
20. Jacohy, S., Die Stereokystophetographie nnd die Stereokystoskepie. Zentr.-Bl. f. die Krankheiten der Harn- n. Sex.-Organe. S. 529.
21. Jehneen, Frank M., Cystoscopy and renal lavege. Med. Record. Vol. 67. S. 761.
22. Israel, James, Der Einfluss der funktionell-diagnestischen Metheden anf die Resultate der Nephrektomie wegen Nierentnberkulose. XXXIV. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Chir.
22a. Kakeles, M. S., The present statne ef the different methods ef estimating the functional capacity of the kidney, with a brief acconnt of chromocystoscopy and its usea. (Der gegenwärtige Stand der verschiedenen Methoden zur Bestimmung der funktienellen Fähigkeit der Niere, mit einem kurzen Bericht über Chromocystoscepie und ihre Anwendung.) American Journal ef Surgery, Angust.
23. Kapsammer, Demenstratien einer Fran, hei der sechs Operationen, zuletzt eine Nephrektomie, ausgeführt wurden, mit anschliessender Diskussion über Versagen der funktionellen Nierendiagnostik (Lichtenstern, Holzknecht). Ges. der Ärzte in Wien. 31. III.
24. Derselhe, Die Wandlungen in der funktienellen Nierendiagnostik. Ges. f. innere Medizin und Kinderheilk. in Wien. 23. III. und Münch med. Wochenschr. S. 798.
25. Derselhe, Ein weiterer Beitrag zur Nierendiagnostik. Wiener med. Wochenschr. S. 1257.
26. Ketz, A., Funktionelle Nierendiagnostik. 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. Aht. f. Chir.
27. Kletz, W. C., Clinical etndies in ureteric meatescopy. Med. Newe. 25. Februar.
28. Derselhe, Ureteral meatoscopy, preliminary repert of clinical etndies. New Yerk Acad. of Med. 6. 1.
29. Kock, A., Den funktionelle nyrediagnostik og dens hetydning specielt fer nyrekirurgien. Kopenhagen.
30. Derselhe, Über den Wert der Blntkryeskopie für die Nierenchirurgie. Arch. f. klin. Chir. Bd. 78. S. 728.
31. Kreteezyner, M. and Willard, W. P., Practical applicatien ef fnnctienal diagnosis in unilateral kidney lesiens. Med. Soc. of the State ef California. 18.—20. IV.
32. Kümmell, Demenstratien ven Fällen mit Nierenexstirpationen nach Kryoskepie. Ärztl. Verein in Hamburg. 14. XI.
32a. Lewis, Bransferd, Repert of eperative werk in the ureter through authers catheterizing and eperative cystoscope (Bericht über eperative Arbeit im Ureter vermittels des Auters Katheter- und Operationscystescop). American Jeurnal of Urolegy, Jannar.
33. Lichtenetern, A., Phloridzin-Diabetes. 77. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Chir. Aht.
34. Lichtenstern, Reh., Die Wandlungen in der fnnktienellen Nierendiegnostik. Wiener med. Wochenschr. S. 1201.
35. Loewi, O., Untersuchungen zur Physielegie und Pharmakologie der Nierenfunktion Mitteilung III: Über den Mechanismus der Coffeindiurese (z. T. gemeinsam mit W. M. Fletchor und V. E. Hendersen). Arch. f. experim. Pathel. und Pharmakol. Bd. 53. S. 15.
36. Dereelhe, Untersuchungen zur Physiologie nnd Pharmakologie der Nierenfunktion. Mitteilung IV: Über den Mechanismus der Salzdiurese (z. T. gemeinsam mit N. H. Alceck). Arch. f. experim. Pathol. n. Pharmakel. Bd. 53. S 33.
37. Lnye, Endescopie de l'urèthre et de la vessie. Parie, Massen et Cie. (Die Endoskopie der Harnröhre und der Blase.) (Lehrhuch; bezügl. der Blase ist nur die direkte Kystoskepie beschrieben. Zahlreiche Krankengeschichten und Abbildnngen.) (G.)
38. Dereelhe, La cystoscopie à vision directe. Ann. dee mal. des erganes génito-urin. Bd. 2. H. 14. S. 1011.
39. Luye et Chatelin, 9. französischer Urelegenkongress. Ann. des mal. dee org. génito-urinaires. S. 1659. (Teils polemische, teils tatsächliche Mitteilungen über direkte und indirekte Kystoskepie.) (G.)

40. Mariotti, B., La crioscepia delle orine nelle malattie infettive. Gazz. degli osped. 17. September.
41. Miller, W. W., Cryoscopy in renal disease. New York Acad. of Med., Sect. on Surg. 6. I.
42. Newman, David, The teaching of cystoscopy, with special reference to the use of the cystoscope in the diagnosis of renal disease. Practitioner. Vol. 75. S. 37.
43. Nitze, Max, Der Harnleiter-Okklusivkatheter. Zentralbl. für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane. S. 113.
44. Otis, William K., A new electrocystoscope. (Ein neues Elektrocystoskop.) New York medical Journal Nr. 13.
44a. Otis, W. K., Un nouveau electrocystoscope. (Ein neues Elektro-Kystoskop.) Annales des maladies des organes génito-urinaires. H. 12. S. 932.
45. Rafin, Séparation endovésicale et cathétérieme urétéral. Lyon méd. 12. Febr.
46. Ringleb, Otto, Kystoskopie und Lithotripsie in verschiedenen Körperlagen. Deutsche med. Wochenschr. S. 1797, 1836
47. Reethlisberger, P., Apparat zur Gefrierpunktsbestimmung. Münch. med. Wochenschr. S. 1047.
48. Roveing, Therkild, Über die Methoden, vor den Nierenoperationen die physiologische Leistungsfähigkeit der Nieren zu bestimmen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 75. S. 867.
49. Rumpel, O., Über den Wert der Kryeskopie für die Nierenchirurgie. Arch f. klin. Chir. Bd. 76. S. 712.
50. Schilling, Theodor, Prüfung der Nierenfunktion nach Nephrektomie. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 52. S. 140.
51. Schlagintweit, Felix, Bemerkung zu Roethlisbergers „Apparat zur Gefrierpunktbestimmung". Münch. med. Wochenschr. S. 1203.
52. Steensma, F. A., Beschouwingen over de nierfunktie onder normale en pathologiesche omstandigheden, in verband met de formules van Koranyi, Claude en Balthazard. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 14. Januar.
53. Stöckel, Kystoskopstativ. 11. Kongr. der Deutsch. Ges. f. Gynäkol. (Näheres ist aus dem Bericht nicht ersichtlich.) (v. N.)
54. Thumim, Leop., Pathogenese, Symptomatologie und Diagnose der Mündungsanomalien einfacher und überzähliger Ureteren beim Weibe. Berliner klin. Wochenschr. S. 905.
55. Derselbe, Was leistet die Kystoskopie bei Verletzungen der Blase und der Ureteren? Münch med. Wochenschr. S. 406.
56. Tieken, T., Cryoecopy of the blood and urine in nephritis and uremia. Amer. Medicine. 30. Sept.
57. Tuffier, Th. et Mauté, A., La séparation endovésicale des urines; sa valeur au point de vue du diagnostic de l'état anatomique et fonctionnel du rein. Ann. des mal. des organes gén.-urin. 15. März.
58. Voelcker, Über Chromokystoskopie. Naturhist.-mediz. Verein Heidelberg. 14. II.
59. Vogel, Julius, Die neueren Methoden in der Diagnostik der chirurgischen Nierenerkrankungen. Berliner klin. Wochenschr. S. 509.
60. Walker. J. W. Thomson, The separation of the urine of each kidney. Practitioner. Vol. 74. S. 802.
61. Weber, S., Experimentelle Untersuchungen zur Physiologie und Pathologie der Nierenfunktionen. Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 54. S. 1.
62. Weinrich, M., Le cystoscope à l'air. (Das Luftkystoskop.) Ann. des mal. des organes génito-urinaires, S. 1261, mit Chatelin, F., Réponse à Weinrich, S. 1405, und Eynard, A propos de la réponse de Weinrich a Chatelin, S. 1549.
63. Wossidlo, H., Demonstration auskochbarer Kystoskope. Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. 11. XII.
64. Zangemeister, Demonstration kystoskopischer Tafeln. XI. Vers. d. Deutsch. Ges. f. Gynäkol.
65. Derselbe, Die Bedeutung der Kystoskopie für die Gynäkologie. Verein f. wissenschaftl. Heilk. in Königsberg i. Pr. 6. III.
66. Derselbe, Ein neuer Kystoskophalter. XI. Vers. d. deutsch. Ges. f. Gynäk.
67. Zuckerkandl, O., Zwei Fälle von Nierenkrankheiten, bei denen die Nierenfunktionsprüfung stets normale Verhältnisse vergetäuscht hatte. Ges. d. Ärzte in Wien. 7. IV. (Diskuss.: G. Kapsammer, H. Schüller. Lichtenstern, Paltauf, Zemann, Albrecht.)

Die Arbeit Friedenthals (15) enthält u. a. die Isolierung der Niere von ihren zugehörigen Nerven und eine Technik der Anlegung einer geteilten Blase, nm den Harn jeder Niere gesondert auffangen zu können, und ermuntert zn wichtigen, hierauf zu gründenden experimentell-physiologischen Arbeiten. (v. N.)

Zangemeister (66) zeigte einen nenen Kystoskophalter. Das Instrument habe den Vorzug, dass es an jedem Untersuchnngsstnhl angebracht werden könne, und dass man das Kystoskop während einer Untersuchung, welche mit Bewegungen des Kystoskops verbunden ist, im Halter belassen könne. (v. N.)

Franks (14) Stativ ist ein biegsamer Metallschlanch mit Fixationsschranbe am unteren und Kugelgelenkhalter am oberen Ende. (B. G.)

Das Instrument von Otis (44a) ist ein Katheterkystoskop, d. h. Lichtkatheter, in welchen die Optik eingeschoben wird, entsprechend den Modellen von Lang, Güterbock, Kollmann, Nitze; jedoch hat die Optik statt des Nitzeschen Prismas eine plankonvexe Linse. Hierdurch soll das Gesichtsfeld vervierfacht werden. Von fachmännischtechnischer Seite wird das hestritten, da wegen der seitlichen Aberration die änsseren Teile des Gesichtsfelds unbenntzbar seien. (B. G.)

Otis (44) setzt an den meisten Kystoskopen aus, dass infolge des Prismas das Gesichtsfeld sehr klein sei. Er hat deshalb an dessen Stelle eine hemisphärische Linse gesetzt, deren plane Fläche versilbert ist. Das Instrument hesteht aus zwei getrennten Teilen, dem äusseren Katheter oder der Hülse mit der Lampe an der Spitze, und dem inneren Teil, der den optischen Apparat enthält. Letzterer ist innerhalh des Katheters verschiebbar, so dass die Linse, beim Einführen des Kystoskopes in die Blase, geschützt ist und nicht dnrch das Gleitmittel oder Schleim oder Blnt beschmntzt wird. Am proximalen Ende sind zwei Hähne zur Luftfüllung der Blase angebracht. Nimmt man den optischen Apparat heraus, so kann das Instrument als Irrigationskystoskop henntzt werden. Der Vorteil des Instrumentes besteht nach dem Verf. darin, dass das Gesichtsfeld hei gleicher Belenchtung viermal so gross ist, als bei einem gleich grossen Nitzeschen Kystoskop. (H. G.)

Chatelin (10) empfiehlt ein Endoskop zur direkten Blasenhesichtigung; die Methode ist nicht neu, nnr das Instrument, ein um 90° gekrümmter, sehr langschnabeliger Lichtkatheter; die elektrische Lampe ist am Ende, nach unten gekehrt, angebracht, so dass sie wie eine Deckenlampe den Fundus vesicae erhellt; die ganze übrige Schnabelpartie ist nach nnten offen, so dass man die Unterwand der Blase von aussen übersehen kann. Der Harn stürzt bei Senknng des Instruments in ein am äusseren Ende hefindliches Reservoir; die Luft zur Ausdehnung der Blase wird durch ein anderes Ansatzrohr eingespritzt. Ein dritter und vierter Kanal gestatten die Einführung von Harnleiterkathetern. Das Instrument ist zn kompliziert, um mit Nitzes Kystoskop konkurrieren zn können. (B. G.)

Die Vorzüge der unmittelbaren Besichtigung der Blase gegenüber derjenigen mittelst Optik sind nach Luys (38) folgende:

1. Man sieht nicht Bilder, sondern die Gegenstände selhst, so gerichtet, so gefärht, so geformt und so gross, wie sie wirklich sind.

2. Anch entzündete und unansdehnbare Blasen werden der Besichtigung zugänglich, weil eine stärkere Ausdehnung der Blase unnötig ist.

3. Örtliche Behandlung und Harnleiterkatheterismus sind in einfacher Weise unter Leitung des Auges möglich.

Luys Instrument ist ein Tubus, wie sie für Urethroskopie üblich sind, mit elektrischen Lämpchen im zentralen Ende, welches für Frauen gerade, für Männer knieförmig gewählt wird. Der Kranke muss nach Entleerung des Harns in Beckenhochlagerung gebracht werden; alsdann stürzt, indem die Därme zurücksinken, Luft selbsttätig in die Blase und dehnt sie aus. (B. G.)

Feleki (12) hält in Fällen, wo die zur Blasenfüllung verwendete Flüssigkeit rasch störende Trübungen erfahren kann (Pyonephrose, hartnäckige Hämaturien), behufs Ausführbarkeit der Kystoskopie die Füllung der Blase mit steriler Luft für angezeigt. Die Luftfüllung geschieht mit einer Spritze, welche in dem vesikalen Endstücke des Zylinders mit einer mehrschichtigen Filzscheibe versehen ist, welche als Bakterienfilter dient. Störende Lichtreflexe machen sich nicht geltend, und man bekommt schöne, deutliche Blasenbilder. Das Verfahren ist bei klaffenden Uretermündungen oder bei starker Erweiterung der Harnleiter, wie dies in Fällen von chronischer Harnretention vorzukommen pflegt, kontraindiziert. Über grössere Schmerzen haben sich die untersuchten Kranken nie beklagt. (K.)

Direktes Hineinsehen in die luftgefüllte Blase hat Nitze vor mehr als 25 Jahren geprüft und verworfen; man sieht, wie Weinrich (62) berichtet, auf einmal nur eine kleine Partie der Blase, mit Chatelins Endoskop sieht man überhaupt nur den unteren Teil; die Luftreflexe in der luftgefüllten Blase verhindern klare Bilder. (B. G.)

Ayres (3) beschreibt ein neues Modell des Katheterkystoskops, welches sowohl direktes Hineinsehen, als auch Besichtigung mittelst Optik gestattet. (B. G.)

Ayres (3) zieht das Kystoskop mit direkter Beleuchtung dem Ureterenkystoskop mit Prisma vor. Sein neues Modell (eine Modifikation des Kystoskopes von Tilden Brown; Ref.) besteht aus einem äusseren Teil, der die Lampe trägt, und einem inneren Teil, der den optischen Apparat enthält. Die Lampe ist nicht direkt am Schnabel angebracht, sondern in der Nähe der Schenkelkrümmung und liegt in einer Luftkammer. An der oberen sowohl als auch an der unteren Fläche der Hülse befindet sich je ein Fenster. Das an der Konkavität des Kniees angebrachte Fenster kann durch ein am optischen Apparat befestigtes Prisma auch zur indirekten Besichtigung benutzt werden. Die Ureterenkatheter liegen in zwei getrennten Rinnen, welche durch ein in der Nähe des optischen Apparates angebrachte Leiste in zwei vollständig getrennte Abteilungen umgewandelt werden können. Das Instrument, aus reinem Silber verfertigt, ist in 3 Grössen: 16, 21 und 26 zu haben. (H. G.)

Über die Stereokystophotographie verbreitet sich S. Jacoby (20); sie gewinnt zwei Bilder desselben Objekts in der Blase, durch deren stereoskopische Betrachtung man ein körperliches Bild erhält; durch das Stereokystoskop betrachtet man direkt binokulär das Blaseninnere und sieht die Gegenstände körperlich; auch können zwei Personen zugleich in die Blase sehen (Demonstration!). (B. G.)

Nochmalige Demonstration seitens Wossidlos (63) der schon früher von Kollmann demonstrierten Irrigationskystoskope des Mechanikers Heynemann. Durch eine leicht an jedem Kystoskop anbring-

hare Schutzverschrauhnng mit Ansatzrohr, welche das Eindringen von Wasser verhindert, andererseits aher die Ausdehnnng der Kystoskopluft gestattet, ist die Sterilisierung der Kystoskope durch Anskochen ermöglicht. Das Instrument leidet keinen Schaden. (v. N.)

Erörterungen Ringlehs (46) über Möglichkeit und Technik eines Verfahrens, den auf dem Bauch liegenden Patienten zu katheterisieren nnd zu kystoskopieren; man könne dahei den Fnndus selhst dann noch zur Anschauung hringen, wenn derselbe von Steinen oder Blutgerinnselmassen verdeekt wird. (B. G.)

In diagnostischer Beziehung zeigt das Kystoskop, wie Bierhoff (3a) ausführt, 1. oh eine oder zwei Ureterenöffnnngen vorhanden sind, 2. oh dieselhen in ihrer Lage und Aussehen normal sind, 3. oh ein oder heide Ureteren funktionieren, 4. oh der Urin makroskopisch klar oder trühe ist, 5. oh die Trühung durch Eiter oder Blnt hedingt ist, 6. von welcher Seite die Trühung kommt, 7. welches die nicht fnnktionierende Seite ist, 8. Ahnormitäten der Ureterenöffnnngen und deren Ursachen, 9. sonstige Ahnormitäten der Blase. Der Ureterenkatheterismns heweist, ob nur eine oder heide Nieren vorhanden sind resp. funktionieren. Synchronisches Ausströmen von Urin aus heiden Ureteren ist kein ahsoluter Beweis, dass zwei Nieren vorhanden sind, wohl aher, wenn Urin aus heiden Ureteren zu verschiedener Zeit herausfliesst, ebenso eine Differenz im spezifischen Gewicht und Harnstoffgehalt. Fliesst kein Urin ah, so heweist das noch nicht das Fehlen der Niere, denn der Katheter kann verstopft sein, das Ange desselben in einem Divertikel liegen, oder aher es kann sich um eine Reflexanurie handeln. Man muss in diesem Falle den Katheter einige Stunden liegen lassen. Ferner dient der Katheter zur Bestimmnng der funktionellen Kapazität der betreffenden Niere in hezug anf Quantität, spezifisches Gewicht, chemische Zusammensetzung mikroskopischen und hakteriologischen Charakters, zur Phloridzin- und Methylenhlauprohe, zur Bestimmung, oh eine Striktnr, ein Stein, eine Klappe, eine Knicknng im Ureter vorhanden ist, oder oh ein henachharter Tnmor auf ihn drückt; ob eine Hydronephrose, ein Stück im Nierenhecken vorliegt, oh die Nierenaffektion eine Entzündung, ein Fremdkörper oder Tumor ist. Therapeutisch dient er zur Erweiterung von Strikturen, zur Irrigation des Nierenheckens, znr Entfernung von Steinen. Der Autor illustriert diese Punkte an einer Reihe interessanter und prägnanter Fälle. (H. G.)

Die Arheit Thumims (55) erörtert hekannte Dinge. Es wird vor allem die Kystoskopie hei Blasenfisteln und Ureterverletzungen hesprochen. (v. N.)

Ringleh (46) empfiehlt für jene Fälle, wo Steine oder Blutungen die Betrachtnng des Blasenbodens hei der gewöhnlichen Untersuchungsart erschweren, die Bauchlage, giht einen eigenen Untersuchungstisch an und erklärt ansführlich die Technik. (v. N.)

Kasuistische Mitteilung von seiten Browns (4a) zum Beweise des Wertes der Ureterenkatheterisation für die Diagnose von Tuherkulose, Stein oder Tumors der Niere. Der Ureterenkatheter dient 1. zur Gewinnnng des getrennten Urines heider Nieren, 2. als Sonde, 3. als Orientierungsmittel für Röntgenaufnahmen. (H. G.)

Cahot jr. (5 h) empfiehlt zum Auffinden von Steinen im Ureter und in der Niere, einen Ureterkatheter, in dem sich ein wenigstens 75 cm langer Draht hefindet, mit dem Phonendoskop zu verbinden.

Der Draht steht am distalen Ende des Katheters hervor, endet dort mit einem stumpfen Metallknopf und dient so als guter Schallleiter. Am proximalen Ende findet sich eine Einrichtung zum Einschrauben des armierten Katheters in das Phonendoskop. (H. G.)

Lewis (32a) empfiehlt sein Kystoskop mit direkter Beleuchtung zur Diagnose und Therapie; zur Applikation von antiseptischen, hämostatischen und anderen topischen Medikamenten, zur Entfernung von Steinen (vermittels einer Zange), zur Erweiterung von Strikturen (Ureterscheere), zur Drainage der Nieren, zur Irrigation der Ureteren und des Nierenbeckens. Das Operationscystoskop besteht aus einer geraden Röhre, an dessen vorderem Ende im stumpfen Winkel eine kalte Lampe angebracht ist. Der Apparat hat weder Linsen noch Prismen; am okularen Ende befindet sich ein Glasfenster, das zur Aufnahme der nötigen Instrumente: Zange, Schere, Dilatator etc. durchlöchert ist. Das Glasfenster dient dazu, die Luft, die Verf. zur Füllung der Blase anwendet, in der Blase zurückzuhalten.

Die überaus lehrreichen und interessanten Krankengeschichten zeigen einerseits die Schwierigkeiten, andererseits den Wert seines Kystoskopes, als diagnostisches und therapeutisches Hilfsmittel. (H. G.)

Aus den entwickelungsgeschichtlichen Tatsachen lassen sich nach Thumim (54) alle Anomalien der Uretermündungen ungezwungen ableiten: Rückt der Ureter bei seiner Trennung vom Wolffschen Gange nicht genügend weit ab, so mündet er abnorm tief, entweder in das Trigonum vesicale oder in die Harnröhre. Bei ausbleibender Trennung mündet er in die späteren Rudimente des Urnierenganges, also in der Scheide vom Fornix bis zum Hymen, oder, wenn er blind endigt, auch in der Wand der Cervix. Diejenigen Fälle, in welchen der Ureter in kürzerer oder grösserer Entfernung von der Niere blind endigend im retroperitonealen oder Beckenbindegewebe getroffen wird, müssen in ihrer Genese anders erklärt werden. Hier ist der vielleicht richtig angelegte Ureter später in seinem distalen Teil aplastisch zugrunde gegangen. Das Blindendigen des kranialen Teiles kommt dann zustande, wenn der Harnleiter die Nierenanlage, in welche er hineinwachsen soll, nicht erreicht. Aus abnormer Verbindung des Ureters mit dem Rektum oder der Kloake entständen entsprechende Mündungsabnormitäten.

Bei abnormem Einmünden eines Ureters in die Blase, kann entweder der eine Ureter abnorm tief endigen, oder neben zwei normalen Mündungen kommt eine dritte tiefere vor. In diesen Fällen ist auch darauf zu achten, ob nicht beide Ureteren zu einer Niere gehören (die andere fehlt), und ob nicht auf der einen Seite keine wirkliche Doppelbildung, sondern nur eine Gabelung des Stammureters vorliegt. Mündet der Ureter in den Sphinkter, so kann es infolge der Kontraktionen desselben zu verschieden grosser Stauung im Ureter oder der Niere oder auch bei doppelter Ureterenbildung in Teilen der Niere kommen. Bei Mündung in die Harnröhre kann das gleiche der Fall sein. Andererseits kommt es hier häufig zu dem charakteristischen Bilde des Harnträufelns bei bestehender Kontinenz. Ist dieser Ureter ein überzähliger, so hilft selbst die Kystoskopie nicht zur Entscheidung, sondern nur die genaue Beobachtung der Urethra sofort nach Evakuierung der Blase.

Bei Einmündung eines Harnleiters in die Geburtsteile der Frau ist die Diagnose in der Regel leicht. Ist aber der abnorm an höherer

Stelle der Scheide implantierte Ureter ein überzähliger, dann liegt die Möglichkeit der Verwechslung mit einer Ureterfistel vor. Wenn man aber von der abnormen Mündungsstelle aus einen Ureter ganz hoch hinaufschieben oder kystoskopisch feststellen könne, dass beide intravesikale Uretermündungen sezernieren, dann könne keine Fistel vorliegen.

Endigt ein Ureter blind in der Blasenwand, so gewahrt man kystoskopisch gelegentlich eine seichte Einziehung an der Stelle, wo sonst die Mündung sich befindet. Liegt das Ende dicht unter der Schleimhaut, so findet man kystoskopisch bläschenartige, dünnwandige Vorwölbungen an Stelle der einen normalen Uretermündung, resp. bei überzähligem Ureter in der Nähe der beiden normal mündenden Ureteren. Diese Cysten können beide Ureterenöffnungen und das Orificium internum verlegen; durch Kompression der prolabierten Cyste in der Harnröhre kann es zu nekrotischer Eröffnung ihrer Wand und damit zur vorübergehenden „Heilung" kommen. Die Folgen dieser Strombehinderung sind in Erschwerung der Urinentleerung, Blasendehnung und Hydronephrose gegeben. Letztere entwickelt sich chronisch und unmerklich. Wird dagegen hauptsächlich der Ureter gedehnt — eine geringe Dehnung begleitet jede Hydronephrose und entzieht sich in der Regel der subjektiven Empfindung — so können die grössten, vielfach gewundenen und in ihren Formen sehr variablen Säcke gebildet werden. Die Cystenbildung kommt durch die Sekretion der Ureterenschleimhaut auch bei blinder zentraler Endigung vor. Die Diagnose ist, wo die Cyste in einem dritten Harnleiter sitzt, die Kystoskopie also normale Resultate gibt, gelegentlich ziemlich schwierig. Die klinischen Erscheinungen solcher Cysten bieten nichts für sie allein Charakteristisches. Gelegentlich entscheidet über die Diagnose erst der mikroskopische Befund der Wand der exstirpierten Cyste. Ein Fall illustriert das Gesagte. (v. N.)

Um den doppelseitigen kystoskopischen Ureterenkatheterismus, der Pyelitiden bei der gesunden Schwesterniere verschuldet hat, zu umgehen, und doch die Mischung des aus der nicht katheterisierten Niere in die Blase fliessenden Urins mit dem neben dem Katheter aus dem katheterisierten Harnleiter vorbeifliessenden Urin zu verhindern, hat Nitze (43) einen Harnleiterkatheter erdacht, der von aussen her an einer Stelle aufgebläht werden kann und alsdann das Nebenherfliessen in die Blase sicher verhindert. Durch verschiedene Kontrolen wird die Sicherheit, dass der aus der Blase aufgefangene Harn ausschliesslich das Produkt der nicht katheterisierten, vermutlich gesunden Niere ist, gewährleistet. Diese Arbeit ist die letzte Publikation Nitzes, des Begründers der Kystoskopie. (B. G.)

Boross (4) kommt zu folgendem Schlusse: 1. Bei strenger Einhaltung der Asepsis werde vor dem Ureterkatheterismus eine Kystoskopie ausgeführt. 2. Der Ureterkatheterismus soll mit einem Katheter, der ein konisches Ende besitzt, ausgeführt werden. Ein fünf bis sechs Charrière dicker Katheter ist ohne Schwierigkeit einzuführen. 3. Der Katheter darf bloss in den Ureter der kranken Niere eingeführt werden. Bei eiterigen und entzündlichen Prozessen können aus Nichtbeachtung dieser Regel verhängnisvolle Fehler entstehen. 4. Nach dem Ureterkatheterismus werde sofort die in die Blase eingespritzte Salizyllösung abgelassen und erst wenn die Salizylreaktion verschwunden ist, untersuche man den aus dem Katheter abfliessenden Harn. 5. In Narkose

ist es nicht angezeigt, den Ureterkatheterismus auszuführen. 6. Die abgesonderten Harnprohen sollen bezüglich ihres Gefrierpunktes, ihres Zucker-, Chlorid- und Harnstoffgehaltes untersucht werden. 7. Die zu operierenden Kranken sollen röntgenisiert werden. 8. Nach dem Katheterismus sollen die Kranken ein bis zwei Tage lang Urotropin bekommen. (K.)

Lichtenstern (34) zieht den Harnsegregator von Luys dem Ureterenkatheter vor, weil letzterer die Gefahr der Infektion herge und vielfach nicht ausführbar sei. In über 200 Fällen wurden an der Zuckerkandlschen Klinik im Anschluss an die Separation weder heftige Blutungen noch fieberhafte Prozesse beobachtet. Die Separation der Harne beider Nieren gelingt vollständig, wovon man sich nach Nephrektomien, bei Nierenblutungen und renalen Pyurien überzeugen konnte. In Fällen, wo der Ureterenkatheterismus die für die funktionelle Diagnostik so störende Polyurie erzeugte, wurde auf den Segregator gar nicht reagiert. Die Kryoskopie des Harnes gebe ein genaueres Bild über die Nierentätigkeit als das spezifische Gewicht, welches nicht nur von der Zahl der Moleküle, sondern auch von ihrer Grösse abhänge. An der Zuckerkandlschen Klinik seien durch die beständig angewendete Bestimmung von N, Cl und elektrischer Leitfähigkeit oft hrauchbare Werte für die Funktionsfähigkeit der einen Niere erreicht worden. Die Indigokarminmethode sei sehr hrauchbar. Der von Kapsammer aufgestellte Satz, dass eine Niere, die innerhalb 15 Min. nach Injektion von 0,01 Phloridzin Zucker ausscheide, gesund sei, bei Ausscheidung nach erst 20 Minuten in ihrer Funktion gestört, bei Ausscheidung nach 30 Minuten so schwer affiziert sei, dass die andere Niere nicht herausgenommen werden dürfe, sei unrichtig. Eine gesunde Niere könne vielmehr gar nicht oder verspätet ausscheiden und schwerkranke prompt reagieren.

In seiner Erwiderung sagt Kapsammer (24), dass das Luyssche Instrument öfters versage. Die Infektion der Niere mittelst des Ureterkatheters sei nicht zu besorgen. Wo die intravesikale Separation leicht durchführbar ist, braucht man sie nicht, weil dann der einwandfreiere Resultate gebende Ureterenkatheterismus ein Kinderspiel (? Ref.) sei; wo man aher mit dem Katheterismus nicht auskomme (Prostatahypertrophie, Blasentuherkulose), sei die intravesikale Separation auch nicht ausführbar. Die Methode der Verwertung der Zeit, zu welcher nach der Phloridzingahe Zucker ausgeschieden werde, für die funktionelle Diagnostik sei genügend bezüglich ihres Wertes erprobt worden. (v. N.)

Die einzige streng und ahsolut exakte Methode, den Harn jeder Niere gesondert aufzufangen, ist nach Kapsammer (24) der Ureterenkatheterismus. Der Luyssche Harnsegregator leiste nicht das gleiche. Die Gefrierpunktsbestimmung des Harnes hranchte man üherhaupt nicht. Die ursprünglich von Koranyi als das empfindlichste Verfahren bezeichnete Blutkryoskopie müsste so bezüglich ihrer Verwertbarkeit reduziert werden, dass für die funktionelle Nierendiagnostik des Chirurgen heute üherhaupt nichts mehr übrig bleibe. Die Methylenhlauprobe sei wegen des labilen Charakters der Verhindung nicht hrauchbar. Die Indigokarminprobe sei im Verein mit dem Ureterenkatheterismns, aber auch nur dann, eine wesentliche Bereicherung der funktionellen Nierendiagnostik. Was die Phloridzinprobe betreffe, so könne man hente sagen, dass Gesnndheit oder Funktionsfähigkeit der Niere bewiesen sei, wenn 12—15 Minuten nach der Injektion Zucker ausgeschieden werde. Bei

durch Zylinder und Albumen dokumentierter parenchymatöser Nephritis finde dieser Satz keine Anwendung, da hier vielleicht die Glomeruli, die eventuelle Bildungsstätte des Zuckers, erhalten sein könnten. Die quantitative Bestimmung des ausgeschiedenen Zuckers besitze dagegen keinen Wert, da die bei Ureterenkatheterismus gerne eintretende reflektorische Polyurie, den Prozentsatz des ausgeschiedenen Zuckers verändern könne. (v. N.)

Das wichtigste Mittel, nicht nur zur Lokalisierung des Krankheitsprozesses, sondern auch zur Erhaltung von Aufschlüssen über die Funktion des Organes ist nach J. Vogel (59) der Harnleiterkatheterismus. An dem so von jeder Niere getrennt erhaltenen Urin wären anzustellen die quantitative Bestimmung der Harnstoffausscheidung, die Kryoskopie und die Phloridzinprobe. Daneben sei die Kryoskopie des Blutes zu machen. Für sich allein seien diese Proben sämtlich unsicher; nur wenn die Resultate von mehreren Methoden übereinstimmen, sei man berechtigt, sie für die Diagnose zu verwerten. Unter Umständen könnten sie alle im Stiche lassen. Dann könnten die mikroskopische, bakteriologische und chemische Untersuchung des Urins beider Nieren und die übrigen klinischen Methoden noch immer Klarheit verschaffen. (v. N.)

Man soll sich, wie Kakeles (22a) ausführt, stets vom Vorhandensein zweier Nieren überzeugen, ehe man eine Niere entfernt. Die Chromokystoskopie ist das sicherste, praktischste und einfachste Hilfsmittel zu diesem Zwecke. Für praktische Zwecke wird die Funktion der Niere am besten bestimmt: a) durch Chromkoystoskopie vermittels Indigokarmin, b) durch Kryoskopie des Urines und des Blutes, c) durch die Phloridzinprobe. Das zuverlässigste Mittel, den Urin der Nieren getrennt aufzufangen, ist der Ureterenkatheterismus. (H. G.)

Die Untersuchungen von Klotz (27) schliessen sich an die bekannten Veröffentlichungen Fenwicks an, aus dem einfachen Aussehen der Ureterenöffnungen diagnostische Schlüsse auf Erkrankung der betreffenden Niere zu machen. Klotz plädiert auf Grund von 20 Krankengeschichten, in denen der kystoskopische Befund durch die Operation geprüft wurde, für die Anwendung der „ureterischen Meatoskopie" in den Fällen, wo der Ureterenkatheterismus aus dem einen oder anderen Grunde nicht möglich ist. (H. G.)

Die Einführung des Ureterenkatheters und der funktionellen Nierendiagnostik hat, wie Casper (8) ausführt, grosse Fortschritte in der Nierenchirurgie gebracht. Die Einwände gegen die Methode seien nicht stichhaltig. Es sei nicht richtig, darauf hinzuweisen, dass besonders gesunde Nieren Differenzen für Gefrierpunkt (Δ), Harnstoff ($\overset{+}{U}$) und Sacharum (Sa) nach Phloridzininjektion aufweisen, welche bei der Beurteilung kranker Nieren massgebend wären, weil diese Differenzen niemals einen erheblichen Grad erreichten. Die Werte für Δ, $\overset{+}{U}$ und Sa würden bei gesunden Nieren nicht mathematisch gleich auf beiden Seiten gefunden, stets jedoch annähernd gleich. Ein anderer Einwand, dass nämlich die Werte für Δ, $\overset{+}{U}$ und Sa bei demselben Falle nacheinander gemessen, gleich sein müssten, sei schon durch das Gesetz von Kövesi und Illyes widerlegt, wonach eine Niere um so gesünder und arbeitsfähigersei, je grösser ihre Akkommodationsfähigkeit in bezug auf die Wasseraufnahme ist. Diese Schwankungen bedeuteten keine Unzuläng-

lichkeit der Methode, sondern würden den Wert derselben sogar erhöhen, da eine gesunde Niere gegenüber der kranken erheblich grössere Schwankungen in den Werten Δ, $\overset{+}{\text{Ü}}$ und Sa zeige. Wenn bei gesunden Nieren die Zuckerreaktion ausbleibe, so erkläre sich dieses durch die manchmal infolge von Nervosität oder des diuretisch wirkenden Phloridzins einsetzende Harnflut. (v. N.)

Glaser (17) bespricht die Methode der funktionellen Nierendiagnostik an der Klinik Caspers. Dieser verfährt jetzt in folgender Weise: Doppelseitiger Ureterenkatheterismus. Verwendung kleiner Menge beider Harne zur mikroskopischen, bakteriologischen und Albumenuntersuchung, dann Injektion von 0,01 Phloridzin. Untersuchung von 10—20 ccm Harn, welche vor dem Eintritt der Zuckerausscheidung (nach 15—20 Min.) ausgeschieden werden, mit spezifisches Gewicht, Δ und $\overset{+}{\text{Ü}}$. Ebenso nach Eintritt der Glykosurie, wobei auch der Zucker bestimmt wird.

Der Unterschied zwischen den Funktionswerten beider gesunder Nieren schwanke nicht um einen Wert von über 10%. Bei Nierentuberkulose wurde regelmässig ein deutliches Zurückbleiben der kranken Seite beobachtet. Nicht jede Nierenerkrankung rufe eine schwere Störung der Funktion hervor. Für interstitielle Nephritis sei sogar ein negativer Ausfall der Methode gewissermassen charakterisierend. Sekundäre Polyurie vereitle gelegentlich das Gelingen der Phloridzinprobe. Bei aseptischer partieller Nierenerkrankung beeinträchtige das Erhaltensein funktionstüchtigen Parenchyms den Wert der Methode. Bei den infizierten Nieren sei dagegen das Zurückbleiben der kranken Seite die Regel. Im ganzen: die funktionelle Nierendiagnostik sei ein unschätzbares Hilfsmittel zur Beurteilung von Nierenkrankheiten, nur dürfe man nicht einseitig den Gefrierpunkt oder Harnstoff oder Zuckergehalt allein beachten, sondern müsse stets die ganze Reihe dieser Werte vergleichen, um ein richtiges Bild von der Nierenarbeit zu bekommen. (v. N.)

Die Sekretionsprodukte (Δ, $\overset{+}{\text{Ü}}$ u. Sa.) beider gesunder Nieren sind nach Casper (7) immer nur annähernd gleich. Diese Differenzen erreichten nie die Grade, welche Casper als geboten erachtet, um aus ihnen einen Schluss auf Krankheit oder Funktionuntüchtigkeit einer Niere zu machen. Weit entfernt, dass die relative Differenz der Funktionswerte in zwei kurz aufeinanderfolgenden Untersuchungen die Gültigkeit der aufgestellten Gesetze erschüttere, erhöhe ihre richtige Würdigung (Berücksichtigung der Akkommodationsfähigkeit der gesunden Niere für Wasserzufuhr) vielmehr unser diagnostisches und prognostisches Können. Wenn bei gesunden Nieren der Phloridzindiabetes nicht eintrete, sei das kein Zeichen der Unzuverlässigkeit der Methode; es sei eine Folge der durch Phloridzin oder Katheterismus bedingten Polyurie. Die Folge der Einführung der neuen Methoden sei eine starke Herabdrückung der Todesfälle nach Nephrektomien gewesen. Die Fortschritte der chirurgischen Technik allein würden das nicht erklären können. (v. N.)

Als Kältequelle dient am Roethlisbergerschen Apparate (47) Äther, welcher zum Verdunsten gebracht wird. Der Apparat ermöglicht ein reinlicheres Arbeiten und eine länger, sich auf konstanter Höhe haltende und überall gleichmässige Temperatur als die Eissalzgemische. Vor dem Schlagintweitschen Apparate, welcher mit flüssiger Kohlen-

sänre bedient wird, habe er nnleugbare Vorteile verschiedener Art. Gegen diese Bebanptnngen wendet sich Schlagintweit (51). Sein Apparat bahe die angeblichen Fehler nicht und sei der bessere. (v. N.)

Zahlreicbe Krankenbeobachtnngen zeigten Lichtenstern (33), dass die Phloridzinprobe bei schweren Krankheiten der Niere positiv, bei voller Gesundheit negativ ausfallen könne. Schwere experimentelle Zerstörungen von Nierenparenchym hätten keinen Einfluss auf den Ablanf der Znckerreaktion gezeigt. (v. N.)

Die Methode Voelckers (58) ermöglicht eine sehr zuverlässige fnnktionelle Nierendiagnostik. In 22 zum Teil sehr kompliziert gelagerten Fällen verschiedener Nierenkrankheiten habe sie niemals irre geleitet. Kein Fall von Nierentod. Mangelhafte Ausscheidung des Farbstoffes aus beiden Nieren sei ein sehr zuverlässiges Zeichen von Niereninsuffizienz. Zur quantitativen Bestimmnng des Farbstoffes im Harn hat Vortragender einen nach dem Prinzip des Fleischlschen Hämoglobinometers gebanten Chromometer konstruiert. Untersnchungen bei verschiedenen Formen von Nephritis haben ergeben, dass denselben auch verschiedene Ausscheidnngsarten des Indigkarmins entsprechen. (v. N.)

Die Sterblichkeitsabnahme der Nephrektomien ist nach Israel (22) nicht anf den Einfluss der funktionellen Diagnostik znrückznführen. Jeder, der mit einer Methode gearbeitet, habe die Methoden der anderen als irreführend bezeichnet. Anf die Blntkryoskopie ist kein Verlass. Denn man könne sowohl Patienten mit normalem Gefrierpunkt an Insuffizienz verlieren als auch solche mit abnorm erniedrigtem Gefrierpnnkt, wo oft nur eine Niere krank ist, zugrunde gehen lassen, wäbrend die rechtzeitige Operation Rettung gebracht hätte. — Die Phloridzinmethode gebe unsichere Resultate. Häufig bleibt die Zuckerausscheidung trotz gesunder Niere aus oder es schwankt die Ausscheidung an den einzelnen Tagen. Dadurch werde der Termin für die Operation verpasst. Über den Funktionswert der beiden Nieren kläre die Methode nicht auf. Weder das Verhältnis noch die absolnte Grösse der während eines kurzen Zeitranmes ausgeschiedenen Znckermengen würden einen Schluss anf das funktionelle Wertverhältnis der beiden Nieren gestatten. Da häufig neben dem Ureterenkatheter Urin in die Blase fliesse, könne die Methode zu qnantitativen Bestimmnngen nicht verwendet werden. Aber auch der Answeg Kapsammers, den Zeitpunkt, zu welchem die Znckeransscheidnng einsetze, diagnostisch zu benützen, sei durch die Erfahrungen als ungangbar erkannt worden. — Die Harnkryoskopie, welche nur bei genauer Kenntnis der von jeder Niere abgesonderten Harnmenge einen Wert habe, weil so allein das wichtige Produkt ans Menge nnd Gefrierpunkt, die Valenz, zu erhalten ist, leidet an der gleichen Unzulänglicbkeit des Ureterenverschlusses durch den Katheter nnd gibt selbst bei Anwendung des Luysschen Segregators noch irreführende Resultate. — Man dürfe eben nicht die Nierenarbeit während einer kurzen Tätigkeitsphase gleich der wirklichen Funktionsfähigkeit setzen. Erst nach maximaler Inanspruchnabme der Leistungsfähigkeit beider Nieren (Getränkezufuhr) zeige sich das Znrückbleiben der kranken Niere in ihrer Funktionsuntüchtigkeit. — Diejenigen Operateure, welche sich der Hilfsmittel der funktionellen Diagnostik nicht bedienen, haben die gleiche Herabsetznng der Mortalität zu verzeichnen wie die anderen. Das gleiche gelte für den Ureterenkatheterismns. Und wenn man unter den im

gleichen Zeitraum erhaltenen Resultaten diejenigen Fälle, wo die funktionellen Methoden ausgeübt wurden, mit denjenigen ohne eine solche vergleiche, dann sei (wenigstens in Israels Beobachtungen) das Verhältnis bei ersteren sogar etwas ungünstiger. Man dürfe eben nicht die Resultate früherer Zeit mit denjenigen aus neuerer Zeit vergleichen, sondern nur Beobachtungen aus derselben Zeit. — Die wirkliche Ursache der Fortschritte in der Behandlung der Nierentuberkulose liegen in der veränderten Indikationsstellung, welche die Chirurgen heute veranlasst, viel früher zu operieren. Der Ureterenkatheterismus biete den Vorteil, dass er eine frühere Diagnose der erkrankten Seite gestatte als andere Methoden; er gäbe einen grösseren Schutz gegen Nephrektomie bei Mangel einer Niere und gestatte Impfversuche mit dem einseitig gewonnenen Urin. Die Feststellung, dass bei Tuberkulose der einen Niere die andere anderweitig erkrankt sei, lasse aber keinen Schluss auf Funktionsuntüchtigkeit dieser Niere zu; Israels habe mit Erfolg in solchen Fällen nephrektomiert. — Wie die Sterblichkeit an Nephrektomie wegen Tuberkulose, so habe auch diejenige bei Exzision aus anderen Gründen abgenommen. Die Statistik Kümmells, welche scheinbar für den Wert der Kryoskopie spreche, werde sogar sofort der Israelschen gleich, wenn man die eine ungünstigere Prognose gebenden, bei Kümmell ungleich seltener vertretenen Neoplasmen aus beiden Statistiken weglasse. Die Arbeit enthält genaue Zahlenangaben über die Resultate der einzelnen Autoren. (v. N.)

Rovsing (48) behauptet, dass von den in Frage kommenden Methoden, die funktionelle Leistungsfähigkeit der Nieren zu bestimmen, (Blut und Urinkryoskopie, Phloridzinprobe und quantitative $\overset{+}{\text{U}}$-Bestimmung) keine genügend sicher sei. Die Blutkryoskopie sei die unsicherste, weil sie in positiver und negativer Richtung irreleitende Resultate gäbe. Die anderen Methoden würden bei positivem Ausfall, d. h. wenn sie für eine vollständig normale Nierenausscheidung sprechen, eine wertvolle Stütze abgeben; im Falle eines negativen Resultates berechtigten sie nicht, die Operation zu unterlassen. Dass eine Niere nicht ausscheide, beweise nicht, dass sie nicht ausscheiden könne. Die Harnstoffbestimmung sei die einfachste und zuverlässigste der drei letztgenannten Methoden und den anderen vorzuziehen. Von grösster Bedeutung sei dagegen die Ureterenkatheterisation und die chemische, mikroskopische und bakteriologische Untersuchung des von jeder Niere aufgefangenen Harnes, weil man so erfahre, ob die andere Niere überhaupt vorhanden und der Urin frei von pathologischen Bestandteilen sei. In einzelnen Fällen sei auf die diagnostische Freilegung der „gesunden“ Niere, welche dann oft krank befunden werde, nicht zu verzichten. — In seiner Erwiderung hat Rumpel (49) die Ausführungen Rovsings als unrichtig und irrig basiert darzustellen sich bemüht. (v. N.)

Die Arbeit Kocks (30) ist eine Polemik des Schülers und Assistenten Rovsings gegen Kümmell und Rumpel, deren Lehren über den Wert der Kryoskopie gegenüber einschränkend die Beobachtungen der ersteren analysiert werden. Die erhöhte molekulare Blutkonzentration zeige nicht allgemeingültig eine doppelseitige Affektion an, sie sei auch kein allgemeingültiges Zeichen für die Insuffizienz der Nieren und könne darum nicht als Kontraindikation gegen die Nephrektomie aufgestellt werden. Glückliche Erfolge bei Nephrektomien trotz bedeutend erniedrigtem Gefrierpunkt des Blutes schienen dies allerdings zu beweisen.

Die übrigens auch nicht ungefährlichen palliativen Methoden (z. B. Nephrotomie), welche Kümmell und Rumpel in solchen Fällen anwenden, bis die Blutkonzentration geringer geworden, seien nur für einen Teil der Fälle angezeigt; in einem anderen (Neoplasmen) würden sie den Patienten seinem Schicksal überlassen. — Normales δ könne gefunden werden, obwohl der deletäre Ausgang einer Nephrektomie die vollständig aufgehobene Funktion beider Nieren dartue. Normales δ sei kein Beweis für die Gesundheit der einen Niere. Die Blutkryoskopie gebe also in einer grossen Anzahl von Fällen ein irreleitendes Resultat, irreleitend nach zwei Seiten, so dass derjenige, der die von Kümmell und Rumpel aufgestellten Regeln befolge, auf der einen Seite Patienten aufgeben würde, die durch die Operation gerettet werden könnten und müssten, auf der anderen Seite aber verlockt würde, Patienten zu operieren, die in Wahrheit inoperabel sind. Andererseits könnten sich als Zeichen von Hyposmose abnorm hohe Werte für δ finden, welche nicht im Einklang ständen mit schwerer Insuffizienz beider Nieren. Der Satz, dass die osmotische Konzentration des Blutes unter normalen Verhältnissen konstant sei, sei unrichtig. Kümmells und Rumpels abweichende Resultate würden sich durch die Ungenauigkeit erklären lassen, mit welcher sie ihre Versuche anstellten. Die Kältemischung dürfe nicht mehr als 1, höchstens 2° vom Gefrierpunkt des Blutes abweichen: auf einen Luftmantel zwischen Kältemischung und Gefrierröhre dürfe nicht verzichtet werden; der Grad der Unterabkühlung dürfte höchstens ein paar Zehntel Grad erreichen und sei durch vorsichtige „Eisinstillation" zu regulieren; Rührhöhe und Rührschnelligkeit müssten gleichartig und möglichst konstant sein; jeder Blutkryoskopie sei zur Thermometerkontrolle eine Kryoskopie von 1%iger NaCl-Lösung vorauszuschicken. Auf solche vorsichtige Weise angestellte Versuche haben dem Autor ergeben, dass δ nicht konstant ist, nicht zwischen —0,55 und —0,57°, sondern zwischen 0,52 und 0,585° schwankt. (v. N.)

Kapsammer (25) berichtete über einen komplizierten Krankheitsfall. Schliesslich wurde auf Grund des Ergebnisses der funktionellen Nierendiagnostik die eine (Stein-)Niere mit Erfolg entfernt. In der Diskussion erklärte Lichtenstern, dass die Methoden der funktionellen Nierendiagnostik mangelhaft seien und allein angewendet keinen absolut sicheren Schluss zu ziehen gestatten würden. Eine tuberkulöse und eine sarkomatöse Niere hätten ganz normal funktioniert.

Zuckerkandl (67) kam in der nächsten Sitzung auf diese Fälle ausführlich zurück und bestritt vor allem, dass die von Kapsamer angegebenen Termine für den Eintritt der Zuckerreaktion allgemeine Geltung besitzen würden. (v. N.)

Die Bestimmungsmethoden für Gefrierpunkt und elektrische Leitungsfähigkeit des Harnes fixieren nach Katz (26) nur die Summe der ausgeschiedenen festen Bestandteile des Harnes. Die Phloridzinmethode sei in der zurzeit angewendeten Form nicht zu verwerten (v. N.)

Albarran (2) führte auf dem ersten Kongress der internationalen Gesellschaft für Chirurgie aus: Die Nierenfunktion ist nicht allein für den Gefrierpunkt des Blutes ausschlaggebend; Herzleiden, epileptische Anfälle, Diabetes drücken ihn herab. Δ niedriger als 0,58—0,59 gibt daher keine Kontraindikation gegen chirurgische Eingriffe; andererseits kann bei $\Delta = 0{,}56$ trotzdem Niereninsuffizienz vorhanden sein. Bei der Methylenblauprobe deutet eine Verzögerung der Ausscheidung nicht mit

Sicherheit Insuffizienz an. Eine minimale Zuckerausscheidung nach geringer Phloridzindosis kann bei ganz gesund funktionierenden Nieren auftreten. Daher ist nur ein übereinstimmendes Ergebnis dieser Untersuchungen von Belang. Die Bestimmung des Gesamt-N in der 24-stündigen Harnmenge und des Albumens haben ebenfalls zu erfolgen. — Um in zweifelhaften Fällen von Geschwülsten die Niere von der Nachbarschaft abtrennen zu können, spritzt Albarran mittelst des Ureterenkatheters Wasser ins Nierenbecken (10—15 ccm mehr bei Nephroptose mit Beckenerweiterung), bis Schmerz entsteht. — Die Differentialdiagnose zwischen Blasen- und Nierenleiden wird durch die Kystoskopie, bezw. durch den Ureterenkatheterismus ermöglicht, ebenso die Frage, welche Niere krank ist. — Die funktionelle Diagnostik kann dann mit Schwierigkeiten kämpfen, wenn trotz ausreichender Gesamtfunktion jede der beiden Nieren für sich insuffizient sei, oder wenn eine kranke Niere (Neoplasmen) die andere so beeinflusst, dass sie insuffizient erscheint. Man hat den funktionellen Wert jeder Niere für sich zu bestimmen und zu untersuchen, wie jede der Nieren für sich funktioniert, wie im Vergleich zur anderen und wieweit die eine die andere ersetzen kann. Die gesunde Niere arbeitet im allgemeinen alternierend, jede für sich mit Schwankungen in Menge und Dichtigkeit des in gleichen Zeiträumen abgesonderten Urins; die Sekretion der kranken verlaufe gleichmässig. Um die Funktionstüchtigkeit einer Niere am besten beurteilen zu können, bedient sich Albarran der künstlichen Polyurie. Die über mehrere Stunden ausgedehnte Beobachtung der Polyurie gestatte einen recht sicheren Schluss, wie weit die Niere sich gesteigerter Anforderung anzupassen vermöge.

Als zweiter Referent wiederholte Kümmell seine an anderer Stelle schon referierten Ausführungen.

Giordano sprach für den Wert der klinischen Nierendiagnostik. Die modernen Untersuchungsmethoden kämen lediglich als diagnostische Hilfsmittel in Frage.

In der Diskussion trat Bazy auf die Seite von Giordano. Nach Legueu ist der Harnleiterkatheterismus die sicherste Methode, für die Praxis genüge jedoch die Separation des Urins in der Blase. In etwa 53 Fällen habe er damit ganz eindeutige Resultate erhalten. In zwölf anderem, die nicht genügten, habe auch der Harnleiterkatheterismus versagt.

Kapsammer berichtete über 800 Untersuchungsergebnisse. Die Separation mit Separatoren sei ein Verlegenheits-, kein Auskunftsmittel und leiste nichts bei kranker Blase. Albarrans Methode der funktionellen Nierendiagnostik mittelst künstlicher Polyurie sei zu schwierig. Die übrigen Ausführungen des Vortragenden decken sich mit an anderer Stelle referierten.

Hartmann betonte, dass Klinik und moderne Untersuchungstechnik zusammenzuarbeiten hätten. Die Harnseparation in Verbindung mit der Methylenblaumethode, chemischen Analyse und mikroskopischen Untersuchung habe ihm genügend Aufschluss gegeben. Er habe 120 Nephrektomien ausgeführt, ohne einen Nierentod verzeichnen zu müssen. (v. N.)

Büttners (5) Versuche mit starker Wasserzufuhr ergaben, dass die Geschwindigkeit der Eliminierung durch die Nieren bei vielen Schwangeren verlangsamt ist. Dieses würde auf eine leichte Nieren-

insuffizienz hindenten, wenn nicht δ als näher dem Nullpunkte liegend gefunden würde. Die Wasserretention und die Ödeme bei Schwangeren seien daher nicht auf die Niere zurückzuführen, sondern entsprächen der allgemeinen Tendenz des graviden Körpers, das Blut auf einem geringeren Konzentrationsgrad zu erhalten als bei Gesunden. (v. N.)

Kümmell (32) gibt einen Bericht über drei Fälle von Nierenexstirpation nach regelmässigen Gefrierpunktsbestimmungen. Man dürfe es nicht dabei sein Bewenden sein lassen, ein- oder zweimal den Gefrierpunkt bestimmt zu haben, sondern müsse regelmässig in bestimmten Zeitabständen untersuchen. Bei plötzlicher Ausschaltung (Nephrektomie bei angeborener Aplasie der anderen Niere) bezw. schwerer akuter Erkrankung beider Nieren (Sublimatintoxikation) könne der Gefrierpunkt des Blutes noch einige Tage unverändert bleiben. (v. N.)

Ekehorn (11) behauptet, dass der Sektionsschnitt als solcher während der nächsten Monate nicht eine nennenswerte Herabsetzung der Funktion der Niere herbeizuführen brauche, möglicherweise unter gewissen Umständen es jedoch veranlassen könne. Das Material (drei Fälle) ist allerdings etwas gering. Sicher müsste man die Funktionsprüfungen (Δ, U, NaCl) längere Zeit nach der Operation wiederholen, weil sowohl eine nachträgliche Schrumpfung wie eine Funktionsbesserung der Niere möglich wäre. (v. N.)

Schilling (50) machte 130 Versuche an 54 nephrektomierten Kaninchen. Per os gegebene konzentrierte Na Cl-Lösung scheiden solche Tiere nur bei Beschränkung der Wasserzufuhr weniger konzentriert und durch längere Zeit bin aus als normale Tiere. Nach Eintritt der kompensatorischen Hypertrophie verschwindet dieser Unterschied. Grössere Wassermengen, welche in den Magen gebracht worden sind, haben bei operierten Tieren eine länger als bei den gesunden dauernde Harnverdünnung zur Folge. Auch ist die Einzelniere nicht fähig, grosse intravenös eingeführte isotonische Kochsalzlösungen so rasch zu entfernen wie zwei gesunde Nieren. Das gleiche gilt für Indigokarminlösungen. Nephrektomierte Tiere produzieren nach Phloridzinvergiftung viel weniger Zucker als Tiere mit zwei Nieren, ein neuer Beweis, dass die Bildungsstätte des Phloridzindiabetes in der Niere sitzt. Beim Koffeindiabetes liegt die Produktionsstätte des Zuckers in der Niere, die Antriebe zur gleichzeitigen Polyurie wirken ausserbalb der Niere. Nach der Nephrektomie tritt häufig erhebliche Harnflut ohne vorherige verringerte Urinausscheidung auf. (v. N.)

Bei normalen Tieren erhielt Weber (61) die folgenden Resultate: 1. Die Injektion hypertonischer Salzlösungen hat von der angewendeten Konzentration abhängende diuretische Wirkungen. Im allgemeinen ist die Chlorausscheidung dann nach mehreren Stunden annähernd quantitativ. Auch nach längerer, fast kochsalzfreier Ernährung ist die Elimination vollständig, verläuft aber langsam. 2. Durch Kombination der Salzmit der Theophyllindiurese wird die Polyurie erheblich verstärkt. Der Kochsalzgehalt steigt absolut erheblich an, ziemlich unabhängig von der vorangehenden Ernährungsweise. Prozentualiter ist er hier ebenso hoch wie bei der einfachen Salzdiurese. 3. Nach Injektionen einer Kochsalzphosphatmischung werden beide Komponenten prozentualiter ziemlich gleichmässig ausgeschieden. Die Kombination mit Theophyllin befördert einseitig die Eliminierung des NaCl, während es auf die Phosphatausfuhr ohne erheblichen Einfluss ist. 4. Eine energische Polyurie vermag

unter Umständen auch die Ausscheidung gebildeter Phosphate zu beschleunigen. Der Harnstickstoff ist im Beginn einer Polyurie meist gesteigert, nimmt später ab, so dass die Gesamtmenge der in acht oder mehr Stunden seit Beginn der Polyurie entleerten Stickstoffmengen sogar subnormale Werte zeigen kann. Diese N-Ausschwemmung wird besonders markant, wenn die Polyurie etwa 10 Stunden nach der Fütterung N-reicher Nahrung eingeleitet wird, kann aber bei knapper N-Zufuhr auch ausbleiben. 5. Forciert man durch absolute Karenz die Salzentziehung, so vermag die Salztheophyllinmischung wohl noch Polyurie hervorzurufen, doch wird die Hälfte NaCl und das Gesamtphosphat retiniert. Gleichzeitig reichlich Alb.-Ausscheidung als Zeichen von Niereninsuffizienz. 6. Die Diuretika der Salz- und Purinreihe steigern die Phloridzinglykosurie. Letztere steigern den Polyurie und Glykosurie erzeugenden Phloridzinreiz. 7. Die Diuretika wirken im Sinne eines die Nierenzelle treffenden funktionssteigernden Reizes. Weder Salze noch Purine, noch Phloridzine wirken durch Resorptionslähmung diuretisch.

Erzeugte Verfasser nun mittelst Kaliumchromatinjektion eine Nephritis der Versuchstiere, so konnte folgendes konstatiert werden: In der Regel vermehrte Harnproduktion. Retention fester Bestandteile, besonders bei Zumutung grösserer Abscheidungsarbeit an die Nieren. Bei schwerster Nephritis Anurie und Unfähigkeit auf Theophyllin zu reagieren. Kombination von Salz- und Theophyllindiurese war am vergifteten Tiere bezüglich der Kochsalzelimination weniger wirksam als am normalen. Durch hohe Chromdosen Hemmung bestehender Polyurie bei Fortdauer der Phloridzinglykosurie. Steigerung schon bestehender Glykosurie durch Chromatinjektion; Verzögerung ihres Ablaufes bei beginnender Nephritis; bei schwerster Nephritis mehr minder vollständige Aufhebung der Glykosurie. Chrom wirkt ursprünglich die Funktion im Sinne eines Diuretikums steigernd, dann zerstörend. Nach der Nekrose der Kanälchenzellen treten die Glomeruli vikariierend für die untergegangenen Zellen ein, vermögen dieses aber nur dadurch, dass grössere Mengen eines diluierten Harnes abgesondert werden. Im Falle höherer Ansprüche versagt diese Kompensation. Dann Retention fester Substanzen. Wegen der erhaltenen Durchgängigkeit der Glomeruli jedoch kein Ödem.

Die Versuche weisen mit Notwendigkeit darauf hin, dass bei der Chromnephritis die normale sekretorische Funktion der Kanälchenepithelien leidet, und dass weder hier noch in der Niere der sogenannten Rückresorption eine Bedeutung für die Harnabsonderung innewohnt. Sie würden also die Theorie Heidenhains bestätigen; Verfasser kann ihre Ergebnisse nicht mit der Ludwigschen Filtrationstheorie in Einklang bringen. (v. N.)

Auch beim Harnstoff wirkt nach Henderson und Loewi (19), wie bei den Salzen, die Hydrämie gefässerweiternd und dadurch diuretisch.

Die beiden Experimentatoren geben nun im Anschluss an ihre Arbeit eine zusammenfassende Darstellung des Wesens der diuretischen Wirkung des Phloridzins, Koffeins, der Salze und des Harnstoffes:

Ursachen der diuretischen Wirksamkeit sind: 1. Steigerung der Nierendurchblutung durch Reizung der peripheren gefässerweiternden Apparate a) auf chemischem Wege (Koffein), b) auf physikalischem (Hydrämie), 2. Einschränkung der Harneindickung, welche normal infolge

Resorption von Wasser durch die Kanälchenepithelien eintreten würde, a) infolge stärkerer Dnrchblntnng, daher auch Beschleunigung des Filtratstromes dnrch die Kanälchen (Koffein, Salze), b) infolge Passage von durch die Epithelien schwer resorbierbaren Körpern durch die Kanälchen (nmgewandelte essigsaure Salze, Harnstoff, Zucker). a nnd b addieren sich bei der Wirkung der mehrbasischen Säuren.

Die essigsauren Salze, welche in der Therapie so viel verwendet werden, wirken, weil sie vom Darme leicht resorbiert werden und auf dem Wege znr Niere sich in die schwer resorbierbaren, darum resorptionshindernden und diuretisch wirkenden Karbonate übergeführt werden. Das gleiche gilt für den Harnstoff. Da diese Stoffe aber immerhin nicht rasch genng resorbiert werden, um die für die Dinrese nötige Hydrämie zn erzengen, so sei der Versnch mit intravenöser Injektion konzentrierter Lösnngen der Natronsalze mehrbasischer Sänren, vielleicht zunächst mit Glaubersalz, zu machen. (v. N.)

Loewi (35) teilt als das Resnltat seiner Tierexperimente mit:

1. Unter dem Einfluss von Koffein kontrahieren sich die Darmgefässe nicht und es tritt Diurese ein; die gleichzeitige Blutdrucksteigerung ist also nicht als durch Reizung des Vasokonstriktorenzentrums sondern durch direkte Herzwirkung entstanden zn erklären; daher muss sie bei Herzinsuffizienz die diuretische Wirkung nnterstützen.

2. Die erweiterten Gefässe der völlig entnervten Nieren werden durch Koffein noch beträchtlich mehr erweitert.

3. Diese Erweiterung ist bedingt durch direkte Beeinflnssnng der Gefässwand; daher ist sie auch bei Degeneration der Nierennerven vorhanden.

4. Wenn sich die Niere nnter Koffeinwirkung einmal nicht stärker ausdehnt, wird sie dennoch stärker dnrchblutet.

5. Diese stärkere Durchblutung braucht nicht immer Diurese zur Folge zn haben. Erstere ist immer die Ursache der letzteren.

6. Andere Wirkungen des Koffeins waren nicht mit Sicherheit nachweisbar.

7. Bei fortgesetztem Experimentieren büssen die Nierengefässe allmählich ihre Ansprechbarkeit anf den Koffeinreiz ein.

8. Die gesteigerte Wirksamkeit des Koffeins beim Nephritiker gegenüber dem Gesunden spricht nach dem über den Wirkungsmechanismus des Koffeins Gesagten zngunsten der Tranbe-Cohnheimschen Nephritistheorie. (v. N.)

Loewi (36) ist der Ansicht, die Hydrämie wirke jedenfalls auf indirektem Wege, nämlich mittelst gesteigerter Durchblutung, diuretisch, gleichgültig, ob eine zugrundeliegende Gefässerweiterung nachweisbar sei oder nicht. Nach Salzinjektionen sei lediglich die Blutverwässerung die Ursache der Nierengefässerweiterung sowie der Diurese. (v. N.)

LXVIII.

Blasen-Krankheiten.

Bearbeitet von **Berthold Goldberg**-Cöln und Wildungen, mit Beiträgen von **Hermann Goldenberg**-New-York, **Kanitz**-Klausenburg (im Auftrage von v. **Marschalkó**-Klausenburg) und **Schiele**-St. Petersburg.

Literatur:

1. Adenot, Pneumatose vésicale dans un cas de tumeur de la vessie; séparation spontanée des gaz du sang. Arch. provinc. de chir. Juli.
2. Albarran, J., Myosarcome de la vessie prolongé à l'ntérus. Hystérectomie, Cystectomie partielle. Guérison. Bnll. et mém. de la Soc. de chir. de Paris. S. 772. (19. VII.)
3. Alessandri, R., Contributo all' istologia, diagnosi e cura dei tumori della vescica urinaria. Policlinico, partie chir. XII, 3 und 4.
4. Bah, M, Hopogan und Ektogan. Berliner klin. Wochenschr. S. 1423.
5. Backhans, Kind mit Ectopia vesicae totalis. Verein der Ärzte Düsseldorfs. 20. XI.
6. Baratynsky, P., Über die Blasenektopie. Russk. Wratsch. 12. November.
7. Barnes, N., The treatment of incontinence of urine in children. Amer. Medicine 24. Juni.
8. Barnsby, Kyste dermoide suppuré de l'ovaire, onvert dans la vessie. 18. Congr. franç. de chirurg. Paris. 2.—7. Oktob.
9. Barth, Hans, Cystitis mit Bacillus pneumoniae (Friedländer) in Reinkulturen im sauren Urin. Med. Ges. zu Leipzig. 23. V.
10. Derselbe, Saure Cystitis mit Bacterinm pneumoniae Friedländer in Reinkultur. Medizinische Gesellschaft Leipzig. 30. V.
11. Bazy, Die Pollakiuria nocturna. I. Kongr. der Internat. Ges. f. Chir.
12. Block, J. and Hall, F. J., A case of dermoid of the female nrinary bladder. Amer. Jonrn. of the med. Scienc. April.
13. Bloikie, T. M., Case of urinary calculus forming round foreign body, introduced into the bladder. Brit. med. Journ. 18. II. (Blasenstein nm ein Holzstück gebildet, welches (znm Zwecke des Abortus!) in die Blase eingeführt worden war.) (B. G.)
14. Blum, Viktor, Die Röntgenstrahlen im Dienst der Urologie. Zeitschrift für Heilkunde. Band 26. H. 12. (Bespricht anch die Radiographie der Harnblase.) (B. G.)
15. Bodländer, F., Zur Kenntnis der idiopathischen Colibacillosen des Harntrakts. Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane. S. 670.
16. Bramford, Lowis, Diagnose grosser Blasensteine mit dem Kystoskop. Amerikanische Urologengesellschaft Montreal. 23. VI. Annales des maladies des organes génito-urinaires. S. 1556.
17. Brann, Einpflanzung der Ureteren in die Flexura sigmoidea bei einem Fall von Ectopia vesicae. Med. Ges. in Göttingen. 12. I.
18. Derselbe, Fall von Blasensteinen bei einem Manne mit Fisteln nach Operation einer Blasenektopie. Med. Ges. in Göttingen. 2. III.
19. Briston, Algernon T., On the diagnosis of stone in the bladder, with a report of an nnusual case, complicated with pneumaturia (Zur Diagnose des Blasensteins, Mitteilung eines ungewöhnlichen Falles, der mit Pneumaturie kompliziert war). American Journal of Dermatology and genito-urinary Diseases. März.
20. Campani, A. e Formaggini, G., Sul catarro vescicale nella tubercolosi del polmone. Gazz. degli osped. 9. Juli.
21. Carol, H., Etude de l'incontinence essentielle d'urine (hyperchlorurie). Thèse de Lyon.
22. Carlier, Les dangers de la ponction sus-pubienne de la vessie. Echo méd. du Nord. 5. November.

23. Cernezzi, A., Contributo alle ernie vescicali diverticolari. Gazz. degli osped. 19. Febr.
24. Chaignesu, Exstrophie de la vessie et grossesse. Thèse de Bordeaux.
25. Churchman, Bladder calculus in an infant (Blasenstein bei einem kleinen Kinde). Medical News. 16. September.
26. Chworostanski, Neubildungen der Harnblase. Monatsberichte für Urologie. Band X. Heft 7. (Statistik. Eine eigene Beobachtung: kirschgrosses Fibro-Papillom bei 31 j. Frau; Sectio alta). (B. G.)
27. Clairmont, Beitrag zur Kasuistik der renalen Anurie. 77. Vers. deutscher Naturforscher u. Ärzte, Abt. f. Chir.
28. Cordua, Fall von Fremdkörper in der Harnblase. Ärztl. Verein in Hamburg. 27. VI.
29. Courtney, G. W., Locomotor ataxia and the urologist. American Journal of Urology. November. (Hinweis auf die tabetischen und luetischen Neurosen der Blase). (B. G.)
30. Cumston, C. G. On papillomata of the bladder. American Journ. of Urology. Februar. (Die Papillome der Blase. Zusammenfassende Beschreibung). (B. G.)
30a. Danforth, J. N., Noctural incontinence in young men and women. (Nächtliche Inkontinenz bei Knaben und Mädchen). American Journal of Dermatology and genito-urinary diseases, August.
31. Darling, C. G., Sarcoma of the bladder; report of a case occurring in a child four years old. Ann. of Surgery. Dezember.
32. Dowd, J. Henry, Irritable bladder. Med. Soc. of the County of Erie. 13. VI. (Disk.: Hopkins, Eli Long, Benedict.)
33. Engelbach, Note sur un cas de calcul vésical chez la femme. Rev. méd. de Normandie. 10. März.
34. Englisch, Jos., Über die spontane Zertrümmerung der Steine in der Harnblase. Allgem. Wiener med. Zeitung. S. 471.
35. Derselbe, Über spontane Zertrümmerung der Harnsteine in der Blase. Arch. f. klin. Chir. Bd. 76. S. 961.
36. Derselbe, Über spontane Zertrümmerung der Harnsteine in der Blase. 77. Vers. deutscher Naturforscher u. Ärzte Abt. f. Chir.
37. Derselbe, Über mehrfache Blasensteine und ihre Rezidive nach Operationen. Allgem. Wiener med. Zeitung. S. 8, 30, 54, 64.
37a. Erdmann, Friedrich, Über Pulsionsdivertikel der Harnblase mit ulcerativen Prozessen. Diss. Kiel.
38. Etterlen, J., L'administration d'acide borique à l'intérieur contre l'incontinence d'urine. Sem. méd. S. 115.
39. Evans, E. and Fowler, H. A., Punctured wounds of the bladder. Ann. of Surgery. August.
40. Fagnet, Ch., Un cas de cystocèle crurale. Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux. 22. Januar.
41. Fracassini, L., Studio istologico e sperimentale intorno al processo di riparazione delle lesioni della vescica. Policlinico, partie chir. XII. 3.
42 u. 43. Frankenstein, Künstliche Blasenfüllung bei gynäkologischen Operationen, als Mittel zur Verhütung nachfolgender Harnverhaltung. 11. Kongr. der Deutsch. Ges. f. Gynäkol.
44. v. Frisch, A., Über Blasensteine und deren Behandlung. In: Die deutsche Klinik am Eingang des 20. Jahrhunderts. Band X. Abteil. 1. S. 426.
45. Gay, Le prolapsus de la muqueuse de la vessie à travers l'urèthre chez la femme. Thèse de Bordeaux.
46. Gierke, Edgar, Über Malakoplakie der Harnblase. Münch. med. Wochenschr. S. 1388.
47. Derselbe, Über Malakoplakie der Harnblase. Naturforschende Ges. in Freiburg i. B. 30. V.
48. Goebel, Karl, Über Blasensteine in Ägypten. Medizinische Sektion der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur. 17. XI. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 81. H. 1—4.
48a. Derselbe, Über die bei Bilharziakrankheit vorkommenden Blasentumoren, mit besonderer Berücksichtigung des Carcinoms. Hab. Schr. Breslau.
49. Göbel und Löwenhardt, Über Blasensteine. Med. Sektion der Schles. Ges. f. vaterländ. Kultur. Breslau. 17. XI.
50. Dieselben, Über Blasensteine. Schles. Ges. f. vaterländ. Kultur in Breslau. (Diskuss 24. XI.: Garrè, Hirt, Alexander, Fuchs.)
51. Götzl, Alfr., Die Behandlung der Enuresis mit epiduralen Injektionen. Zentralbl. f. d. ges. Ther. S. 5.

52. Goldberg, Berthold, Zur Symptomatologie nnd Therapie der Enuresis nocturna. Deutsche Medizinalzeitnng Nr. 49.
53. Dereelbe, Mitteilung über 23 Personen mit Enuresis nocturna. Allg. ärztl. Verein zu Köln. 10. 17. IV.
54. Gottstein, Fall eines in die Blase durchgewsnderten Seidenfadens. Schles. Ges. f. vaterländ. Knltur in Breelau. 21. VII.
55. Dereelbe, Fall von Steinbildung nach Blasenhernienoperation. Schles. Ges. f. vaterländ. Kultur in Breslau. 21. VII.
56. Grandjean, Les propagations ganglionnaires à distance dane lee tnmeurs de la vessie. Annales des maladies des organes génito-urinaires. S. 1841. (Die entfernten Drüseninfiltrationon bei Blasengeschwülsten.)
57. Grae, G., Des collections pelviennes suppurées onvertes epontanément dans la vessie chez la femme. Thèse de Paris.
58. Grüneberg, Kind mit Blasenektopie. Altonaer ärztl. Verein. 18. X.
59. Güterbock, Robert, Ein Beitrag zur Malakoplakia der Harnblase (Cystitis en plaqnes). Diss. Leipzig.
60. Guiterae, Ramon, Exstrophy of the bladder. New York Acad. of Med. Sect. on Surg. 3. III. (Disk.: Lilionthal.)
61. Gnyon, F., Do la chloroformisation de la vessie. Ann. des mal. des organes gén.-uriu. S. 161. 1. Febr.
62. Haberern, J. P., Die zuverlässige Diagnose von Blasensteinen mittelst Röntgenanfnahmen. Zentralbl. f. d. Krankheiten der Harn- und Sexualorgane. Bd. 16. S. 364.
63. Derselbe, A hólyagkövek biztoe diagnozisa a Röntgen-képben. (Die eichere Diagnose von Blasensteinen mittelst Röntgenaufnahmen.) „Urologia", Vierteljahresbeilage dee Bndapeeti orvoei njeág. Nr. I.
64. Härting, Geheilter Fall von schwerer Sepeis dnrch Harninfiltration. Med. Ges. zn Leipzig. 6. VI.
64a. Hackländer, Friedrich, Zur Psychotherapie der Enuresie nocturna. Diss. München.
65. Halm, E., Contribntion à l'étude du traitement dee cystitee, notamment des cystites tuberculenses, par les instillatione d'huile gomenolée. Thèse de Paris.
66. Hannes, W., Zur infrasymphysären Blasendrainage. Zentralbl. f. Gynäkol. 4. November.
67. Hatch, W. R., Large vesicsl calculns. (Grosser Blasenstein.) (510 g; boher Steinschnitt.) (B. G.) Brit. med. Jonrn. 18. 11.
68. Hermee, Entfernnng eines Irrigatoraneatzetückee ane der Blase. Freie Vereinigg. der Chirurgen Berlins. 13. 11.
69. Derselbe, Intraperitoneale Blasenruptur in zwei Fällen. Freie Vereinigg. der Chirurgen Berlins. 13. II. (Disk.: Brann.)
70. Heymann, A., Die Cystitis trigoni der Frau. Zentralb att für die Krankheiten der Harn- u. Sexnalorgane. S. 422.
71. Hirech, Über epidurale Injektionen. 77. Verssmml. deutsch. Naturforscher u. Ärzte. Abt. f. Chir. (Disk.: Preindleberger, v. Eieelsberg.)
72. Hirt, Willi, Fall von skuteater Cystitis. Schles. Ges. f. vaterländ. Kultur in Breslan. 10. III. (Mit Bemerknngen von Schäfer. 6. V.)
73. Derselbe, Ein Fall von akntester Cystitis. Allg. med. Zentralztg. 8. April.
74. Hogge, A., Kontraindikationen der Operation bei Blasensteinen. Soc. belge d'urologie. 19. VI. n. Ann. dea mal. des org. génito-nrin. Bd. 23. S. 1725.
75. Holmes, Edmund W., An encysted calculus removed by enprapubic cystotomy, with skiagraph. Philadelphia Connty med. Soc. 12. IV.
76. Hort, F., Traitement des cystites rebelles. Thèse de Montpellier.
77. Horwitz, O., Rupture of the malo urinary bladder. Ann. of Surgery. Dezbr.
78. Jnlion, L., Calculoso vésicale chez un enfant; trois tailles hypogastriqnes successives dane un espace de qnatorze mois et demi. Echo méd. du Nord. 2. Jnli.
79. Kapeammer, Operationskystoskop bei Blasengeschwületen. Deutsche Ges. f. Chir. Bd. 34. S. 228.
80. Knorr, Richard, Über dio Ursachen des pathologischen Harndrangs beim Weibe, insbesondere Cystitis colli nnd Pericystitis, sowie deren Behandlung. Zeitschr. f. Geburtsh. n. Gynäkol. Bd. 55. S. 472.
81. König, 81jähriger Mann, dem dnrch Sectio alta ein Blasenkarzinom entfernt wurde. Altonaer ärztl. Verein. 5. IV.
82. Kutner, K., Znr Bilharziose der Blase. Zentralbl. f. d. Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane. S. 649.

83. Lampe, Präparat eines Karzinoms der Harnblase bei Ectopia vesicae. 34. Kongr. der Deutschen Ges. f. Chir. Bd. 34. S. 226. (Sehr selten; 48jähriger Mann.) (B. G.).
84. Lange, V., Die Enuresis der Kinder als ein neuropathisches, von den adenoiden Vegetationen unabhängiges Leiden betrachtet. Wiener med. Presse. Nr. 52. 24. Dezember.
85. Landet, L., La ponction hypogastrique de la vessie; ses dangers chez les vieux urinaires. Thèse de Lille.
86. Leguen, F. et Chirié, J. L., L'état anatomique de la vessie après la prostatectomie de Fuller-Freyer. Bull. et mém. de la Soc. anatom. de Paris. Oktober.
87. Lewin, Carl, Über das Epinephrin. (Epirenan.) Fortschr. d. Medizin. S. 6.
88. Loewenhardt, Fall von Litholapaxie. Schles. Ges. f. vaterländ. Kultur in Breslau. 28. VII.
89. Derselbe, Über die Steinkrankheit der Harnwege, speziell der Blase, und deren Behandlung nach in Schlesien gesammelten Erfahrungen. Medizinische Sektion der Schles. Ges. f. vaterländ. Kultur. 17. XI. Allgem. mediz. Zentralzeitung. 16. XII.
90. Löwenheim, Behinderte Urinentleerung bei einer Frau mit hochgradiger Balkenblase. Breslauer Dermat. Verein. 6. VI.
90a. Mc. Gowan, G., Surgical interference in tuberculosis of the bladder. (Chirurgische Eingriffe bei Blasentuberkulose). California State Journal of Medicine. Februar.
91. Merk, Bornh., Die Wechselwirkung zwischen Jod- und Bromkalium und Kaliumpersulfat in wässriger Lösung und ihre Anwendung auf dem Gebiete der Medizin. Pharmazeut. Zeitg. S. 1022.
92. Merkel, Johann, Über die Phlegmone des Cavum Retzii. Nürnberger med. Ges. u. Polikl. 5. X.
93. Meyer, F., Ein Fall von angeborenem grossem Blasendivertikel. Zentralbl. f. d. Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane. S. 289.
94. Michaelis, L., Die Malakoplakie der Harnblase. Med. Klinik. 12. März.
95. Montfort, A., Les urines troubles et les fausses cystites. Gaz. méd. de Nantes. 4. November.
96. Mousseaux, A., Troubles de la miction chez l'enfant par gravelle sablonneuse et hyperacidité urinaire (spasme vésical et incontinence). Rev. mens. des mal. de l'enfance. Mai.
97. Müller, E., Über das Verhalten der Blasentätigkeit bei zerebraler Hemiplegie. Neurol. Zentralbl. 1. Dezember.
98. Nassauer, Max, Kompression der harnführenden Organe durch Adnextumoren. Viertägige Anurie. Münch. med. Wochenschr. S. 2527.
99. Nertes, Oskar, Zur Ätiologie und Therapie der weiblichen Urogenitalfisteln. Monatsschr. f. Geburtshilfe und Gynäkologie. S. 483.
100. Opitz, Urachuszyste. XI. Vers. d. Deutsch. Ges. d. Gynäkol.
101. Orloff, Contribution à l'étude de l'incontinence dite essentielle. Thèse de Lausanne.
102. Osterloh, Heilung einer hochsitzenden Blasen-Scheidelfistel. Gynäkol. Ges. zu Dresden. 18. II.
103. Palmer, H. T., Case of vesical calculus with symphyseotomie. (Entfernung eines Blasensteines nach Symphyseotomie zwei Tage vor der Sectio alta, bei sechsjährigem Mädchen; Gewicht 75 g; Heilung) (B. G.) British medical Journal. 18. II.
104. Pauchet, Steine bei Prostatikern. Revue pratique des maladies génito-urinaires. Nr. 6.
105. Perutz, Ein mit dem Urin entleerter Phosphatstein mit Demonstration des dazugehörigen Röntgenbildes. Ärztl. Verein München. 7. VI. (Disk.: Gilmer. Mirabeau.)
106. Peyrot, J., Un cas de bilharziose vésicale, observé à Tombouctou. Ann. d'hyg. et de méd. colon. Jan., Febr., März.
107. Pforte, Borglyzerin bei Ischurie. Ost- u. westpreuss. Ges. f. Gynäkol. 28. I. (Disk.: Winter.)
108. Pick, Ludw., Zur Frage der Entstehung des Chorioepithelioms aus angeborener Anlage. Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. u. f. klin. Mediz. Bd. 180. S. 172.
109. Pickett, Wm., A man presenting paralysis of the bladder. Philadelphia neurolog. Soc. 28. III.
110. Pike, C. R., Very large stone, suprapubic lithotomy, recovery. (Sehr grosser

Stein, 365 g. Hoher Steinschnitt, Heilung. 33jährige Frau.) (B. G.) British medical Journal. 7. I.
111. Pitha, W., Zwei Fälle von Papillokarzinom der Harnblase. Verein böhm. Ärzte in Prag. Jan.—März.
112. Planer, Spindelzelliges, hydropisch degeneriertes Sarkom des Ligamentum latum und der Harnblase. Wien. med. Presse. 22. Januar.
113. Planques, R., L'helmitol. Thèse de Lyon.
114. Plummer, S. C., Inguinal hernia of the bladder; report of a case; remarks on diagnosis. Journ. of the Amer. med. Assoc. 22. Juli.
115. Pool, v. d., Vesical calculus removed by operative cystoscope. (64jähriger Mann, Blasenstein mit Operationskystoskop entfernt. 1. auf diese Weise, 2. mit Dammschnitt extrahiert.) (B. G.) Medical News. 16. September.
116. Pommer, Ein Struvitstein in der Harnblase. 77. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Abt f. pathol. Anat. u. Pathol.
117. Porosz, M., Urotropin, Hetralin, Helmithol, Uritone, Gonosan und Arhovin bei Cystitis. Zentralbl. f. d. Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane. S. 465.
118. Derselbe, Az urotropin, hetralin, helmitol, uritone, gonosan és arhovin haszna cystitis ellen (Urotropin, Hetralin, Helmitol, Uritone, Gonosan und Arhovin bei Cystitis). Gyógyászat. Nr. 6.
119. Posadas, J. N., Leucoplasia vesical. Argentina med. 21. Jan.
120. Posner, C., Über Blasengeschwülste. In: Die deutsche Klinik am Eingange des 20 Jahrhunderts. Bd. X. Abt. 1. S. 455.
121. Derselbe, Zur inneren Behandlung des Blasenkatarrhs. Urotropin und dessen Ersatzmittel. Berl. klin. Wochenschr. S. 41.
122. Preindlsberger, Die Wahl der Operation bei Lithiasis. 77. Vers. deutscher Naturf. u. Ärzte. Abt. f. Chir. Wien. med. Presse. 40—44.
123. Puriton, H. H., Vesical fistula. Med. News. 7. Oktober.
124. Ráskai, D., Die Bakteriurie. Wiener Klinik. Heft 8. (Zusammenfassende, klare Schilderung.) (B. G.)
125. Derselbe, Untersuchungen über die Ätiologie der Cystitis. Monatsberichte für Urologie. Heft 1.
126. Reboul, J., Epingle à cheveux dans la vessie; extraction par les voies naturelles. Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris. S. 629. (28. VI.)
127. Rehn, Über Harnblasengeschwülste bei Anilinarbeiten. 34. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Chir. Bd. 34. S. 220.
128. Remete, E., A chronikus húgyretentio, miot az uropoiëtikus rendszer senilis elváltozásainak következménye. (Die chronische Harnretention, infolge der senilen Veränderungen des uropoëtischen Systems) „Urologia", Vierteljahresbeilage des Budapesti orvosi ujság. Nr. 2. (Ohne erhebliches Interesse.) (Kanitz.)
128a. Richter, Hugo, Das Carcinoma vesicae urinariae und seine operative Behandlung. Diss. Leipzig.
129. Riegner, Über Harnblasengeschwülste. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 45. S. 484.
130. Rochot et Horrand, Formation de calculs dans les vessies tuberculeuses. (Bildung von Steinen in tuberkulösen Blasen.) Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires. Nr. 6.
131. Roeder, Präparate von einem Knaben mit doppelseitiger Hydronephrose und Harnretentionszuständen durch Störung der Blasenfunktion. Freie Vereinigg. der Chirurgen Berlins. 10. VII.
132. Rosenberg, Paul, Über den Wert des Formaldehyds für die interne Therapie. Therap. d. Gegenwart. S. 55.
132a. Rothmann, E, Fisiologia inerwazii motschewowa pusyrja. (Die Physiologie der Harnblaseninnervation) Obosrenije psichiatri, nevrologii i eksperimentalnoi psichologii. (Rundschau der Psychatrie, Neurologie und experimentellen Psychologie). Nr. 1.
133. Ruggles, E. Wood, Cases of incontinence as a result of prostatectomy. Med. Soc. of the State of New York. 1. II.
134. Sauvan, P., Traitement d'urgence des hématuries vésicales. Thèse de Montpellier.
135. Schapira, S. William, Primary tuberculosis of the bladder. (Primäre Blasentuberkulose.) Journal of the American medical Association. 20. Mai.
135a Schaumann, Karl, Spontanruptur der Blase nach Cystitis. Diss. München.
135b. Schmidt, Julius, Zur Kenntnis der wahren Harnblasendivertikel. Diss Halle.
136. Schmorl, Typischer Fall von Malakoplakie der Harnblase. Ges. f. Natur- u. Heilkunde zu Dresden. 4. III.
137. Serrallach, Diverticule vésical d'origine probablement traumatique sans obstacle à l'émission de l'urine. Ann. des mal. des organes gén.-urin. 1. Juni. S. 852.

138. Sherman, H. M., Exatrophy of the bladder successfully treated by Petere method. Jeurn. of the Amer. med. Assoc. 23. September.
139. Smith, O. C., The indications for bledder drainage by perineel ronte. (Die Indikationen zur Blasendrainage auf perinealem Wege.) American Journal of Urology. März.
139a. Spannaus, Karl, Über die Resultate der Blasensteinbehandlung. Diss. Halle.
140. Spieler, Fritz, Knabe mit isolierten Blasen-Mastdarmstörungen infolge einer mit Lipom kombinierten Spina bifida occulta sacralis. Ges. f. innere Medizin u Kinderheilk. in Wien, pädiatr. Sektion. 8. VI. (Disk.: Herm. Schlesinger.)
141. Spoener, H. G., Report of a case of exstropby of the bladder, with a consideration of operative treatment. Boston med. and surg. Journ. 11. Mai.
142. Stein, A., A hólyagkövek röntgenezése. (Zur Röntgen-Diagnose der Blasensteine.) Jahresbericht der Kemmunalspitäler der Haupt- und Residenzstadt Budapest. (Nichts Neues.) (K.)
143. Stern, Familiäre Enuresis nocturna. Wiener klin. Rundschau. Nr. 22.
144. Stieda, Alfr., Über den Albersschen Beckenfleck im Röntgenbilde. Beitr. z. klin. Chir. Bd 45. S. 704.
145. Stoeckel, W., Über Cystitis dissecans gangraenescens bei der Frau. Gesellschaft der Charité-Ärzte.
146. Derselbe, Vibrationsmassageapparat für den Sphincter urethrae bei Incontinentia urinae. 11. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Gynäkol.
147. Derselbe, Zweiwegehahn aus Glas zur Blasenspülung. 11. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Gynäkol.
148. Strauss, Artur, Die Ausschabung der männlichen Harnblase bei chronischer Cystitis ohne deren Eröffnung. Deutsche med. Wochenschr. S. 1351.
149. Stranes, F., Über Anilintumeren. Deutsche Gesellschaft f. Chirurgie. Bd. 34. S. 226.
150. Taylor, William J., Vesical calculus with nucleus of chewing cum. (Blasenstein mit einem Kern aus Kaugummi.) Diskussion in der Academy of Surgery in Philadelphia. American Journal of Surgery. März.
151. Thorel, Rektumkarzinom mit Durchbruch in die Blase. Ärztl. Verein in Nürnberg. 16. III.
152. Treuvé, E., A propos d'un corps étranger de la vessie chez la femme. Ann. des mal. des organes gén.-urin. 1. Juli.
153. Uteau, R., Anatomie du trigone vésical. Ann. des mal. des org génito-urin. Vol. 1. S. 241.
154. Vannucci, F,, Osservazioni cliniche e sperimentali sull'ernia della vescica. Clinica moderna. 29. November.
155. Vértes, Oskar, Zur Ätiologie und Therapie der weiblichen Urogenitalfisteln. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkel. S. 483.
156. Villare, F., Prolapsus de la muqueuse de la vessie à travers l'urèthre, chez la femme. Arch. provinc. de chir. Juni.
157. Völcker, Normale und pathologische Blasenformen im Röntgenbilde. Naturhistor.-med. Verein Heidelberg. 25. VII. (Diskuss.: Magnus)
158. Derselbe, Röntgenogramme menschlicher Harnblasen. 77. Vers. deutscher Naturforscher u. Ärzte. Abt. f. Chir.
159. Völcker u. Lichtenberg, Die Gestalt der menschlichen Harnblase im Röntgenbilde. Münch. med. Wochenschr. Nr. 33. S. 1576.
160. Vogel, J., Zum Kapitel der nervösen Blasenstörungen. Berliner klin. Wochenschr. S. 1372.
161. Derselbe, Zur inneren Behandlung des Blasenkatarrhs. Zentralbl. f. die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane. S. 1.
162. Wagner, G. A., Zur Therapie der Blasendivertikel, nebst Bemerkungen über Komplikationen derselben. Arch. f. klin. Chir. Bd. 76. S. 525.
163. Walker, J. W. T., A note on a specimen of bladder and urethra removed two years after suprapubic prostatectomy. Brit. med. Journ. 7. Oktober.
164. Derselbe, Acute ascending paralysis in cases of chronic cystitis. Lancet. 11. März.
165. Wallace, Some notes upon the treatement of tumors of the bladder. Amer. Jeurn. of Urology. Dezember.
166. Wasserthal, Pollakiurie bei Lebercirrhose. Zentralbl. f. d. Krankheiten der Harn- und Sexualorgane. S. 616.
167. Watsen, F. S., The operative treatment of tumors of the bladder. Ann. of Surgery. Dezember.
168. Weinrich, Die intravesikale Operation von Harnblasengeschwülsten nach Nitzes Methode. Verhandl. der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Bd. 34. S. 223.

169. Wildbolz, H., Über Diagnose und Behandlung der Nieren- und Blasentuberkulose. Korresp.-Bl. f. Schweiz. Ärzte. 15. März.
170. Wilder, J. A., Primary sarcoma of the bladder. Amer. Journ. of the med. Scienc. Januar.
171. Wilms, Fall eines wegen Blasenkarzinoms durch Totalexstirpation der Blase geheilten Mannes. Medizin. Ges. zu Leipzig 5. XII.
172. Winter, Drei Blasensteine um einen Paraffinkern, eine Haarnadel und einen goldenen Crayon. 11. Kongr. der Deutsch. Ges. f. Gynäkol.
173. Wright, E. N., Some points on suprapubic cystotomy. Med. Soc. of the Missouri Valley. 23.–24. III.
174. Wulff, Drei Blasensteine mit verschiedenen Fremdkörpern als Kern. Ärztl. Verein in Hamburg. 30. V.
175. Young, H. H., Four cases of vesical diverticula, requiring operation. (Vier Fälle von Blasendivertikeln, die Operation erforderten.) Medical News. Nr. 2.
176. Young, H. H. and Churchman, J. W., The possibility of avoiding confusion by the smegma bacillus in the diagnosis of urinary and genital tuberculosis. Amer. Journ. of the med Scienc. Juli.
177. Zangemeister, W., Weibliche Blase und Genitalerkrankungen. Zeitschr. f. Geburtshilfe und Gynäkol. Bd. 55. S 295. (Über Blasenscheidenfisteln; Cystocele beim Prolaps; die Blase bei Collumkarzinomen und anderen genitalen Tumoren.) (B. G.)
178. Zangger, Th., Zur Therapie der funktionellen Enurese. Korresp.-Bl. f. Schweiz. Ärzte 1. und 15. September. Nr. 17.
179. Zwillinger, Jakob, Zur therapeutischen und prophylaktischen Wirkung des Formaldehyds bei inneren Krankheiten. Therap. Monatsh. S. 520.
180. Hernia of the bladder complicating inguinal hernia. Buffalo med. Journ. Vol. 44. S. 524.
181. Verhandlung über die Anzeigen und Ergebnisse der chirurgischen Behandlung der Blasengeschwülste. 9. Sitzung der Association française d'urologie. 5. Okt.

a) Allgemeines, Missbildungen, Fisteln.

Durch Messungen an je 50 Leichen von Männern, Frauen und Kindern hat Uteau (153) folgende Feststellungen gemacht, deren Protokolle im einzelnen beigebracht sind:

1. Die Entfernung der beiden Harnleitermündungen voneinander

	schwankt	beträgt im Mittel
beim Manne	von 88 : 20 mm	32 mm
bei der Frau	von 62 : 10 mm	26 mm
beim Kind	von 24 : 7 mm	12 mm

2. Die Entfernung der Harnleitermündung vom Blasenhals beträgt

	im Mittel:	schwankt:
beim Manne	27 mm	von 61 bis 10 mm
bei der Frau	22 mm	„ 51 „ 10 mm
beim Kind	11 mm	„ 24 „ 5 mm

3. Die Entfernung der Harnleitermündung von der Medianen beträgt

	im Mittel:	schwankt:
beim Manne	16 mm	von 45 bis 4 mm
bei der Frau	13 mm	„ 32 „ 4 mm
beim Kind	6 mm	„ 6 „ 3 mm

Die Entfernungen von der Medianen sind ebenso oft rechts und links ungleich, als gleich. Das Trigonum bietet einen äusserst veränderlichen Anblick. Der Musculus interureteralis ist das eine Mal nicht zu sehen, das andere Mal ein starker Vorsprung. Die Form der Harnleitermündung ist durch ihr Verhältnis zum Musculus interureteralis bestimmt, dessen Erhöhung sie an der Spitze, oder mitten, oder am

Fuss aufsitzt; ein Knopf ist selten. Die Öffnung war hei Erwachsenen zweimal nicht für die Sonde durcbgängig.

Die praktischen — sebr wichtigen (Ref.) — Folgerungen aus diesen anatomischen Studien zieht Utean dabin, dass: 1. Die endovesikale Separation der Nierenharne mit Chatelins Instrument stets möglich ist; 2. der Harnleiterkatheterismus zweimal unmöglicb gewesen wäre; 3. hei sehr kleinem Trigonum Ureterenläsionen bei Prostataektomien möglicb sind; 4. kystoskopiscb die grosse Variahilität der Ureterenorificien stets zu berücksichtigen ist. (B. G.)

Rothmann (132a) stellt folgendes Schema auf: Die Kontraktionen des M. detrusor vesicae urin. können hervorgerufen werden a) durcb Einfluss psychiscber Affekte, b) durcb Reizung einiger Zentralganglien des Hirnes und des Pedunculus cerebri, c) durcb unmittelbare Erregung hestimmter Hirnrindenhezirke; d) durch Reiznng bekannter Abscbnitte des Lumbosakralteiles des Rückenmarkes; e) auf reflektorischem Wege von seiten der grossen sensiblen Nerven (ischiadicns, splanchnicus, mediauns, cruralis) und überhaupt der ganzen sensiblen Peripherie des Körpers; f) dnrch Reizung des N. erigens, in geringerem Grade auf direktem und reflektorischem Wege bei Reizung des N. vagus (?). — Die Hemmung der Blasenkontraktionen betreffend ist nur bekannt, dass einige Zentren der Hirn-, Rückenmark- und peripherischen Ganglien, wenn erschöpft, aufhören, anf Reizung zn reagieren, woraus die Existenz hesonderer Hemmungszentren abgeleitet wird. (Sch.)

Weder die oherflächliche noch die tiefste Narkose hebt nach Guyon (61) die Empfindlichkeit der Blase gegen Überdehnung, gleicbviel oh sie krank oder gesund ist, anf. An der initialen Muskelunruhe beteiligt sicb die Blasenmuskulatnr nicht. Man soll mit der Tropfmetbode, dem Antäuben, anszukommen snchen. (B. G.)

Voelcker und Licbtenberg (159) füllen die Blase mit 1 %oiger Collargollösung und machen am liegenden Patienten eine Röntgenaufnahme. Der entstehende Schatten gibt ein genaues Bild der Form der Blase in der frontalen Ebene. Bilder weiblicber und männlicber Blasen bei Gesunden, bei Prostatabypertrophie, bei Divertikeln, bei Beckengeschwülsten, bei Prolapsen, bei Tuberkulose illnstrieren die Leistungsfähigkeit der Metbode. (B. G.)

Der 43jährige Patient von Meyer (93), seit dem 18. Jahre blasenleidend, batte rechts seitlich ein grosses Divertikel der Blase; er starb an den Folgen desselben. Retentio und Infectio urinae traten kurz nach einer palliativen Operation ein. Meyer zitiert alle seit 1897 bekannt gewordenen 50 Fälle. Anf Grund der Beohachtungen resümiert er Diagnostik und Therapie in sehr gründlicber Weise; symptomatische Behandlnng (der Folgezustände), palliative Eröffnung und radikale Exstirpation baben sämtlich ihre in jedem Fall wechselnden Indikationen. (B. G.)

Zwei von Eiselsberg operierte Fälle werden von Wagner (162) hesprochen. Ein am Blasenscheitel sitzendes Divertikel wurde vom Schnitt der Laparotomie aus abgetragen, die Blase vernäht; Heilung erfolgte nach vorühergehender Urinfistel. Bei dem anderen Patienten wurde die Tasche von aussen nach innen eingestülpt und übernäbt; es traten Harnfistel, Harnverbaltung, Tod an Pyelonephritis nacb drei Monaten ein; bei der Sektion erwies sich die Divertikeloperation als erfolgreicb. Wagner rät, alle Divertikel, die hier dnrch Entzündnng und durch Druck auf Harnleiter, anf Vasa iliaca und anf Rektum gefährlich werden können, zu operieren. (B. G.)

Bei einem im übrigen ganz gesunden 35jährigen Mann aus Serrallachs (137) Praxis trat sechs Monate nach einer Kontusion des Unterkörpers unvollständige Harnverhaltung anf. Weder durch temporären noch durch Verweilkatheterismus liess sich dieselbe beseitigen: jedoch gesellte sich bald schwere Cystitis hinzu. Die Erscheinungsweise der Verhaltung nnd der Entleerung der Blase mit Katheter waren eigentümliche; Serrallach entdeckte als Ursache ein grosses Divertikel mit engem Loch. Die in zwei Operationen von zwei Operatenren vorgenommene Erweiterung der Kommunikation der Blase mit dem Divertikel blieb ohne jeden Erfolg; sie mnsste es bleiben, wie Verf. hinterher einsah, weil die Wandungen der Nebenhöhle der Muskulatur entbehrten, sich also auch durch einen weiten Ausgang nicht völlig leeren konnten. Verf. beabsichtigt in einer dritten Operation den Divertikel abzutragen oder in die Haut einznnähen. Er glaubt, dass eine interstitielle partielle Ruptur der Blase gelegentlich der Bauchqnetschung den Anlass zur Entstehung dieses Divertikels gegeben habe. (B. G.)

Young (175) berichtet über vier mit Erfolg operierte Blasendivertikel. In zwei Fällen waren dieselben grösser als eine Orange. In einem Falle verursachte das Divertikel Nierenkoliken durch Kompression des Ureters. In einem Falle lag das Divertikel im Urachus. In drei Fällen bestand das Divertikel seit frühem Kindesalter, in einem bildete die vergrösserte Prostata die Ursache. (H. G.)

Die Indikationen zur Blasendrainage auf perinealem Wege sind für O. C. Smith (139) 1. chronische Kontraktionen des Blasenhalses, 2. chronische eiterige Cystitis, welche durch Blasenspülung nicht geheilt wird, 3. unpassierbare Striktur, 4. Rnptur der Harnröhre, 5. Hypertrophie der Prostata. (H. G.)

b) Fnnktionsstörnngen.

Hirsch (71) hat 27 Fälle von Enuresis nocturna und 3 Fälle von Reizblase mit den von Chatelin eingeführten Injektionen in den vom Hiatus sacralis leicht zugänglichen Raum zwischen dem Ende der Dura mater des Rückenmarks und dem inneren Periost des Wirbelkanals behandelt. Nnr zwei blieben ungeheilt, 80% wurden geheilt. Die Methode ist „absolnt harmlos und nngefährlich". Die richtige Technik bedingt den Erfolg. Die Wirkung beruht nicht auf Suggestion, sondern steht vielleicht mit der von Hirsch nachgewiesenen konsekutiven Hyperämie der Blase in Zusammenhang. (B. G.)

Götzl (51) hat im Gegenteil nur einen von 8 Fällen durch Chatelins Methode geheilt und will sie daher nur als ultimum refugium ansehen. (B. G.)

Goldberg (53) gibt einen Bericht über 23 Fälle. Er kann irgendwelchen Zusammenhang mit Bakterinrie oder Pyurie (Rey) nicht zugeben. Mangelnder Sphinkterentonus lässt sich fast in allen Fällen zwanglos annehmen. Verf. heilte durch individualisierende Anwendung der bisher üblichen Methoden (Trockendiät, Beckenhochlagerung, Rhus aromatica, Faradisation) 11 von 14 nur schweren Fällen, einen durch epidurale Injektion. Er möchte daher letztere Methode bei Kindern nicht gerade sofort anwenden, wohl aber bei den sozial nnd moralisch schwer unter dem Nässen leidenden jnngen Lenten jenseits des 16. Jahres. (B. G.)

5 Geschwister aus Sterns (143) Praxis litten an Enuresis, die 2 Mädchen seit dem 10. Lebensjahr, die 3 Knaben seit der Geburt. Der Vater war Neurastheniker gewesen, die Mutter hatte als Kind auch Enuresis gehabt. (B. G.)

Die Ursachen der nächtlichen Inkontinenz bei Knaben sind nach Danforth (30a) gewöhnlich Phimosis, schlaffer Hodensack, wodurch die Hoden am Samenstrang zerren, bei beiden Geschlechtern Reizungen im After (Würmer etc.). Er erwähnt zwei Fälle von Inkontinenz bei jungen Mädchen, die durch Masturbation verursacht waren. Jeder Fall muss individuell behandelt werden. (H. G.)

Vogel (160) bespricht diejenigen Blasenstörungen, welche ohne objektive Veränderungen an der Harnblase durch Irradiation von fernliegenden Krankheitsherden aus bewirkt werden, so bei Prostata-Affektionen, bei Nierentuberkulose, bei weiblichen Genitalleiden, bei Mastdarmkrankheiten, bei Vergiftungen mit Kohlenoxyd, Terpentin, Blei, nach Operationen an den Beckenorganen. Verf. sucht die Entstehung der Balkenblase bei Tabes dorsalis zu erklären. (B. G.)

Aufforderung Courtneys (29), bei Blasenstörungen an die Möglichkeit von Tabes zu denken, weil letztere sowohl im Beginne als auch zu irgend einer Zeit Blasen- und Nierenkrisen verursachen kann, die denen durch Stein bedingten ähnlich sind. Man soll deshalb immer bei derartigen Störungen nach Syphilis fragen und auf die bekannten Symptome von Tabes untersuchen. (Es ist nicht selten, dass aus Blasenstörungen Tabes diagnostiziert wird. Ref. stellte Tabes in 3 Fällen aus dem kystoskopischen Bilde fest: ausgesprochene Balkenblase, beim Fehlen jedes mechanischen Obstruktionskonkrementes in der Harnröhre.) (H. G.)

Nach jeder Operation wird die Blase durch Frankenstein (43) mit 0,90% sterilem Salzwasser gefüllt; dadurch ist die postoperative Ischurie von 55% (bei 91 Fällen) auf 9,7% (bei 875 Fällen) herabgedrückt worden. (B. G.)

Der 48jährige Patient Wasserthals (166) muss Tag und Nacht alle 20—30 Minuten harnen; kann er nicht zum Geschirr kommen, so macht er sich nass. Die Harnorgane und der Urin sind ganz normal, die Blase fasst bei Einspritzung bis 160 g. Objektiv besteht nichts als Cirrhosis hepatis. Vielleicht ist die Veränderung der chemischen Zusammensetzung des Harns — Vermehrung von Ammoniak, Fleischmilchsäure und aromatischen Körpern — die Ursache des Harndrangs, ähnlich wie bei der uratischen Pollakiurie. (B. G.)

c) Cystitis.

Der inneren Behandlung wird nach Posners (121) Meinung vielfach gegenüber der instrumentellen Therapie nicht genügende Aufmerksamkeit gewidmet. Mineralwässer sind bei akuten Cystitiden, weil diuretisch, nicht angebracht, bei subakuter sind Fachinger, Biliner, Giesshübler, Wernarzer, bei chronischen Wildunger angezeigt. Urotropin ist bei Tuberkulose und Gonorrhoe nur gegenüber einer eventuellen Sekundärinfektion wirksam, bei den sonstigen infektiösen Cystitiden aber den älteren Mitteln, Salol, Salicyl, Borsäure, überlegen. Die Ersatzmittel,

bezw. Verbindungen des Urotropin, Nen-Urotropin, Helmithol nnd Hetralin, wirken nicht besser als Urotropin selbst; Griserin ist nicht zn empfehlen. (B. G.).

18 Krankengeschichten Vogels (161), die mit Helmithol, Hetralin, Griserin behandelte Cystitiden betreffen, zur Illustration der Posnerschen (s. voriges Referat) Erfahrungen. (B. G.).

Porosz (118) versuchte die Mittel der Reihe nach bei Cystitis infolge von Prostatahypertrophie, erreichte aber kein besseres Resultat, als mit den Blasenwaschungen. Nach Benützung dieser Mittel, von welchen gewöhnlich das zuletzt gegebene am besten wirkte, stellte sich oft eine starke Vermehrnng des Schleimes in der Blase ein. Bei blennorrhoischer Cystitis hat Porosz von diesen Medikamenten keinen Gebrauch gemacht, da er mit seiner Methode, der Behandlung mit Acidum nitricum, zufrieden war. In einem hartnäckigen Falle von postblennorrhoischer Prostatitis war das Arhovin von überraschender Wirkung. (K.).

Rosenberg (132) gab Formaldehyd in Formamint-Tabletten (à 0,01 Formaldehyd) mit Erfolg u. a. auch gegen zwei Cystitiden, desgl. Zwilinger (180). (B. G.),

Der vom Volk als „kalte Schiffe“ (nicht als „chaude pisse“ von den Franzosen, wie Hirt (72) irrtümlich angibt — chaude pisse“ heisst Tripper) bezeichnete Zustand entpnppte sich in einem Beobachtung bei einem bisher ganz gesnnden 34 jährigen Manne als Cystitis epithelialis desquamativa acutissima. Die mit Harndrang und Blasenkrampf einsetzende Harntrübung dauerte nur 3 Stunden; sie bestand aus weissen Schüppchen, die massenhafte verfettete Epithelien, einzelne Leukozyten und Erythrozyten enthielten; der Harn war spezifisch schwer nnd alkalisch. (B. G.).

Schäfer (72) hat sehr oft solche Fälle beobachtet, aber niemals mit dem mikroskopischen Befund Hirts; Überausdehnnng der Blase, Exzesse in Venere, Abgang von Harngries sind die Veranlassung. Er warnt vor übereilter Veröffentlichung sog. „dunkler Fälle“. (B. G.).

Von 2963 Patienten der Knorrschen Frauenpoliklinik klagten, wie Heymann (70) berichtet, über Blasenbeschwerden 663 = 20,6 %. Von diesen hatten 126 lediglich Genitalaffektionen, 68 Cystitis nniversalis, 398 Cystitis trigoni, 251 mit, 147 ohne genitale Erkrankung. Als Cystitis trigoni in leichteren Fällen bezeichnet Heymann schon folgendes: am Trigonum „eine starke aktive Hyperämie“, Arterien vermehrt, erweitert, aber deutlich sichtbar; „die Schleimhaut hat noch nicht ihren Glanz eingebüsst“. „Im zentrifugierten Urin Epithelien und Lenkozyten in geringer Zahl neben verschiedenen Bakterien“.

Austupfen von Blasenhals und Harnröhre durch einen Urethraltubus hindurch mit 1 % Lapislösung auf Wattetupfer erwies sich als wirksamste Behandlung Hierzu mnss ich bemerken:

Ein paar Lenkozyten im Zentrifugat bei katheterisierten Frauen und Hyperämie des Trigonum bedeuten keine Cystitis; dass die postgonorrhoische Cystitis das Trigonnm bevorzugt, ist bekannt. (B. G.).

Chronische Prostatitis, Cystitis, Pyelonephritis, Epididymitis bei 49 jährigem Mann aus Bodländers (15) Beobachtung mit Fieber und Hämaturien verlaufend, Tnberkulose vortänschend, endogen durch Kolibazillen verursacht; solche fand man in Reinkultur im Prostataeiter und im Harn. Gonorrhoe und Tuberkulose waren mit Sicherheit auszuschliessen; Ausgang in Heilnng durch interne und örtliche Antisepsis. (B. G.)

Bei 61 Cystitiden fand Ráskai (125) meist Kolibazillen, bei 9 Staphylokokken und Streptokokken, bei 4 Proteus vnlgaris als wahrscheinliche Erreger. Spezifische cystitogene Bakterien erkennt er nicht an. (B. G.)

Strauss (148) liefert die Empfehlnng einer katheterartigen, am Lebenden noch nicht erprobten Curette für die Harnblase des Mannes. (B. G.)

Bei der mikroskopischen Untersnchung eines 36 jährigen Patienten wurde von Schapira (135) ein grösseres Geschwür auf der Spitze des Trigonnm, ein kleineres 2 1/2 cm nach links nnd eine Reihe disseminierter Tuberkeln auf dem Trigonnm gefunden. Beide Ureterenmündungen waren normal, die Ureterenkatheter, die 5 ccm tief eingeführt wurden, brachten klaren Urin zutage, der keine Tuberkelbazillen enthielt. Der Blasenurin sowie die durch Expression der Prostata gelieferte Flüssigkeit enthielt Tuberkelbazillen. Die Spntumuntersuchung war negativ. Es bestand neben der Blasentuberkulose eine Tnberknlose beider Hoden, die sich aber erst 2 1/2 Jahre später, als die Urinbeschwerden einstellte. Daraus schliesst der Verf., dass es sich um eine primäre Tuberkulose der Blase handelte, die sich seknndär anf Prostata, Samenblasen und Nebenhoden ausdehnte. (? Ref.). (H. G.)

In zehn Fällen von Blasentnberkulose curettierte Mc. Gowan (90a) die Blase nach hohem Blasenschnitt; in vier Fällen wurde Heilung erzielt. (H. G.)

Der Fall Bristons (19) ist insofern ungewöhnlich, als der Patient an Pnenmaturie litt, für deren Ursache der Verf. (ohne genügende Begründung. Ref.) eine Kommunikation zwischen Ureter und Mastdarm annimmt. (H. G.)

d) Steine und Fremdkörper der Harnblase.

Auf Grnnd von 3 eigenen und 150 fremden Beobachtungen untersucht Englisch (35 u. 36) Wesen und Ursachen der spontanen Steinzertrümmerung in der Harnblase. Sie kommt bei älteren Personen häufiger vor als bei jüngeren. Die Zahl der Bruchstücke schwankt zwischen 2 und 236; ihre Form muss eine gewisse Regelmässigkeit besitzen, Pyramiden, Schalen, Segmenten gleichen. Nnr reine oder gemischte Harnsäuresteine zerfallen in charakteristischer Weise; bei Oxalaten und Phosphaten findet man nie regelmässige Bruchstücke. Von äusseren Gewalteinwirkungen abgesehen, erfolgt die Selbstzertrümmerung infolge des Aufbanes der Harnsäuresteine ans einem zentralen Kern und peripheren radiären Segmenten; Kern nnd Segmente sind voneinander durch eine lockere Schicht aus harnsaurem Ammonium oder aus einer schleimigen Flüssigkeit getrennt. Wenn nun diese vom Kern zur Peripherie reichenden, radiär angeordneten Zwischensubstanzen durch gewaltsame Erschütterung auseinanderweichen oder durch chemische Einwirknngen (Zersetzung des harnsauren Ammoniaks mit dem Harnstoff des Harns, unter Bildung von Kohlensänre) zerklüften, so ergibt sich die Möglichkeit, dass durch beständige Verbreiterung dieser radiären Spalten Risse, Sprünge sich bilden und znletzt der Stein anseinanderfällt. (B. G.)

von Frisch (44) hat 496 Lithotripsien und 100 Lithotomien ansgeführt. Er gibt eine erschöpfende Darstellnng der Symptomatologie, Diagnostik und Therapie. Er verwirft die perinealen Methoden, operiert

in der Regel mittelst Litholapaxie. Ungeeignet für die Zertrümmerung und durch Sectio alta zn entfernen sind: sehr grosse, die Blase ausfüllende Steine, zu harte Steine, fixierte immobilisierbare Steine, Steine um Fremdkörper, die nicht zu zerbrechen sind, Prostatahypertrophien, bei welchen die Passage der Zertrümmerungsinstrumente auch nach Verweilkatheter unmöglich bleibt, endlich Lithiasis mit schwerster Kystopyelonephritis. Auch bei Kindern können Steine zertrümmert werden. (B. G.)

Preindlsberger (122) hatte bis 1902 135, seitdem 66 Steinkranke operiert, und zwar 18 mal mittelst Lithotomia suprapubica, 22 mal mit Lithotomia perinealis, 5 mal mit Lithotripsie von einem Dammschnitt aus, 11 mal mit Lithotripsie. Bei Kindern unter 5—8 Jahren ist die Lithotomie wegen des Kalibers der Harnröhre vorzuziehen. Zugunsten der Lithotripsie spricht die Kürze der Heilungsdauer, die Möglichkeit der öfteren Wiederholung und die Leichtigkeit der Nachbehandlung. Reiche Kasuistik. (B. G.)

Von 94 Steinkranken Loewenhardts (89) hatten 50 Blasensteine; 20 Steine hatten sich nm Fremdkörper entwickelt. Die übrigen verdankten ihre Entstehung nrsprünglicher Nephrolithiasis, unter Mitwirkung von anatomischen Veränderungen an der Harnblase und von Entleerungshindernissen. In einigen Fällen fanden sich zwischen Phosphatkonkrementen Reinkultnren von Staphylokokken. Von den Trägern der 30 genuinen Steine waren 27 über 50, 1 über 40, 2 Kinder von $2^1/_2$ bezw. 4 Jahren. Unter den Fremdkörpern, welche sich inkrustierten, war ein Irrigatorschlauchstück, zwei Salbendepots, zwei Tampons, drei Fadenschlingen, zwei Katheterstücke, zwei Haarnadeln, eine Kornähre. 48 Steine entfernte Loewenhardt durch Litholapaxie, zwei durch Sectio alta. „Die Steinzertrümmerung ist für unsere hiesigen Verhältnisse die Operation der Wahl und bleibt wegen der kurzen Dauer der Nachbehandlung, des glatten Verlaufes nnd der geringen Mortalität allen anderen Methoden überlegen." (B. G.)

William J. Taylor (150) zeigt die Fragmente eines Steines, den er durch hohen Blasenschnitt aus der Blase eines 18jährigen Patienten entfernte, der sich wegen eines Trippers „mehrere Stücke von Kaugummi" eingeführt hatte.

G. G. Ross erwähnt den Fall eines Patienten, der sich um das Ende eines Holzstückes Kaugummi gewickelt und dies in die Blase eingeführt hatte. Entfernung des Steines durch Sectio alta.

Horwitz entfernte 20 g weissen Wachses auf dem gleichen Wege aus der Blase eines Mannes, der sich vor dem Beischlaf zur Verhütung der Befruchtung das weisse Wachs eingeführt hatte. (H. G.)

Nach Goebel (48) ist nur in Unterägypten, im Nildelta, ebenso wie die Bilharziakrankheit, die Kystolithiasis verbreitet. Obgleich von 69 Konkretionen 58 sogen. primäre, d. h. Urate und Oxalate waren, muss doch als Entstehungsort die Blase hier angenommen werden; denn in $^2/_3$ der Fälle war Bilharziainfektion der Blase gleichzeitig vorhanden, in fast allen Fällen ein desquamativer epithelialer Katarrh. Als Kern der Steine waren Epithelschollen, gelegentlich anch Distomnmeier nachzuweisen. Nierensteine sind in Ägypten sehr selten. Die Patienten gehören alle den Altersklassen zwischen 20 und 50 Jahren an. Da die Steine gross und hart sind, da eine Auskratzung der Blasenschleimhaut durch die Bilharziose erforderlich wird, gab Goebel meist der supra-

pubischen Lithotomie vor der Lithotripsie den Vorzug; wegen der Cystitis liess er die Blase offen und drainierte. Er verwirft gänzlich die perineale Lithotripsie. (B. G.)

Hogge (74) verlor einen 64jährigen Mann nach erfolgreicher Lithotomie und primärer Blasennaht unter den Erscheinungen der Nierenschrumpfung in der sechsten Woche und warnt vor Eingriffen bei fettleibigen Gichtikern. Der Patient hatte 18 Tage einen Verweilkatheter einliegen; sollte darin nicht vielleicht ein übergrosser Reiz für die Funktion der nach Antor in labilem Gleichgewicht befindlichen Nieren gelegen haben? Zur Unterlassung der Lithotripsie bestimmte Hogge die Grösse und Härte des Steins, die Hypertrophie der Prostata und die Vermutung einer komplizierenden Neubildung. (B. G.)

Durch Anfüllung der Blase mit Luft gelang es Haberern (62) bei jedem Steinkranken mit stets gleichem, sicherem Erfolge die Konkretionen in entsprechender Grösse und Form auf die Platte zu bringen. Drei beweisende Photogramme der Steine in corpore und im Original nach Entfernung sind beigefügt. (B. G.)

Bramford (16) hält zur Entdeckung grosser, in Divertikeln oder in der Fossa retroprostatica gelegener Blasensteine sein retrogrades Kystoskop für geeigneter als die Steinsonde. (B. G.)

Drei Fälle aus der Praxis von Rochet und Horrand (130). Die subjektiven Beschwerden entsprechen denen der Steinkranken ohne Blasentuberkulose, werden aber durch Ruhe nicht beseitigt. Die Steine bestanden aus Calciumphosphat oder Tripelphosphat. Da sie unerträgliche Leiden verursachen, müssen sie, trotz der Tuberkulose, bei Frauen durch die Urethra, bei Männern nach Sectio alta oder perinealis entfernt werden. (B. G.)

Cystolithiasis bei einem Kind aus Juliens (78) Praxis; drei Steinschnitte in einem Zeitraume von $14^1/_2$ Monaten. (B. G.)

Churchman (25) berichtet in der Johns Hopkins Medical Society über den Fall eines Steines bei einem 19 Monate alten Knaben, der seit vier Monaten an Hämaturie mit schmerzhaftem Harn- und Stuhldrang litt. Vermittelst einer kleinen Steinsonde wurde der Stein diagnostiziert. Die Operation steht noch aus. (H. G.)

e) Geschwülste.

Riegner (129) teilt drei Beobachtungen mit:

1. 33jährige Frau, breitbasige flache Geschwulst der vorderen oberen Blasenwand; Exstirpation, vor welcher Verwachsungen mit dem Peritoneum gelöst werden mussten; primäre Naht hält; mikroskopisch: Gallertkrebs. Endausgang nicht berichtet.
2. 51jährige Frau mit billardkugelgrosser zerfallender Blasengeschwulst und rechtsseitiger Hydronephrose durch Harnleiterverletzung kachektisch aufgenommen, Tod im urämischen Koma. Gallertkrebs.
3. 36jähriger Mann; papilläres Fibrom, einige Monate nach der ersten Blutung mit Sectio alta exstirpiert; nach einem Jahr hühnereigrosses Rezidiv, welches nach einjährigem Bestand exstirpiert, sich als Karzinom erwies. (B. G.)

Der Alberssche Beckenfleck, welcher Steine der Blase oder des Harnleiters vortäuscht, ist nach Stieda (144) der Schatten von Verdichtungen, bezw. knopfartigen Verdickungen im Bereich der Spina ischiadica. (B. G.)

Rehn (127) demonstrierte einen 50jährigen Anilinarheiter mit Blasenkrehs, zuerst Juli 1904 rezidiviert, Jannar 1905 exstirpiert. Tod nach zwei Monaten. Sektion: Karzinom der Blase, Karzinom des rechten Harnleiters, Karzinom der rechten Niere, wahrscheinlich weder dnrch Fortleitung noch durch Metastasierung, sondern originär durch die gleiche Noxe entstanden. (B. G.)

Bericht von Strauss (149) üher vier Fälle mit Anilintnmoren bei 47—50jährigen Arheitern, 2 infiltrierende Karzinome, 1 Riesenpapillom, 1 Polyp; ein Patient ist gestorhen, 2 rezidiviert, 1 leht. Gegenüber Nitze hezweifelt Verf. die grössere Gründlichkeit der endovesikalen Abtragung; die Basis kystoskopisch wie Papillome aussehender Tumoren ist zuweilen karzinomatös.

Schwerin hat vier Anilintumoren operiert; nnr einer hlieh (seit vier Jahren) ohne Rezidiv. (B. G.)

Nitze hatte seit seiner ersten Puhlikation im Jahre 1895 über die intravesikale Operation weiteres über seine Erfahrungen nicht mitgeteilt. Um so wichtiger sind die vorliegenden Mitteilungen Weinrichs (168), die sich auf Nitzes Material heziehen. Er hat his Ende 1904 399 Harnhlasengeschwülste heohachtet; davon waren 177 gutartig, 94 bösartig. Von den 271 anatomisch untersuchten erwiesen sich 170 als Papillome, 87 als Karzinome, 2 Adenome, 7 Sarkome, 5 Myome. Nur gutartige Geschwülste sind intravesikal zu operieren. Die hei der Abtragung der Geschwülste entstehenden Blntungen sind in keinem der 150 Fälle hedrohlich geworden; nnr 1 Patient ist gestorhen. Den Kranken hleiht Narkose nnd Krankenlager erspart; die meisten können während der Behandlung ihren Geschäften nachgehen. Die Hälfte der 150 ist hereits seit 3 Jahren, wie durch halhjährige kystoskopische Kontrolle festgestellt wurde, frei von Rezidiven; im ganzen sind hisher 20 Rezidive vorgekommen, viel weniger. als nach Sectio alta. Die Befallenen entschliessen sich viel leichter zur sofortigen Wiederholnng einer operationskystoskopischen Sitznng, als znm 2. oder gar 3. Blasenschnitt.

Maligne Tumoren entfernt Nitze nach Sectio alta, jedoch nur dann, wenn ihr Sitz die partielle Resektion der Blasenwand gestattet. Von 41 sind 4 dauernd, 4 mit Blasenfistel geheilt, 5 an der Operation gestorhen. (B. G.).

Wallace (165) kommt auf Grund seiner persönlichen Erfahrung mit Blasentumoren zu folgenden Schlüssen: 1. In allen Fällen von Hämaturie soll sohald als möglich kystoskopiert worden. Hämaturie ohne andere Symptome ist in der Mehrzahl der Fälle das erste Anzeichen eines Blasentumors. Je früher die Diagnose und Operation, desto hesser sind die Erfolge. 2. Gestielte Tumoren gehen eine hessere Prognose als gleichartige ungestielte. 3. In einer Anzahl von Fällen ist die vollständige Entfernung möglich, diese Fälle verlaufen rezidivfrei. 4. Selbst wenn ein Rezidiv eintritt, verlängert die Operation das Lehen und erleichtet die Beschwerden des Patienten. 5. In Fällen, die für die Operation nicht geeignet sind, soll man erst dann operieren, wenn die Symptome das Lehen des Patienten gefährden oder nnerträglich machen. 6. Sectio alta mit Drainage stillt die Blutung nnd erleichtert häufigen und schmerzhaften Harndrang. Permanente Fisteln können wasserdicht angelegt werden. 7. Selbst im späteren Stadium, wenn der Patient septisch ist und an toxischer Absorption leidet, verschafft die Operation dem Patienten Linderung. 8. In allen Fällen von Blasentnmor soll man durch hohen Blasenschnitt operieren. (H. G.).

Für Blasengeschwülste, die in einer Sitzung entfernbar sind, und für Ulzerationen hat sich Kapsammer (79) das Operationskystoskop bewährt. (B. G.).

Sehr klare und eingehende Darstellung Posners (120), insbesondere über die Diagnostik und der therapeutischen Indikationen. Verf. steht weder bezüglich der Exstirpation gutartiger Geschwülste, — hier sind besondere Anzeigen erforderlich —, noch bezüglich der Entfernung bösartiger Geschwülste — hier sind Heilungen äusserst selten — auf einem radikalen Standpunkt. (B. G.).

Die Verhandlung der Association française d'urologie über die chirurgische Therapie der Blasengeschwülste (181), welche den ganzen ersten Sitzungstag in Anspruch nahm und fast alle bedeutenden französischen Urologen zur Meinungsäusserung veranlasste, verdient ausführlichere Wiedergabe.

Rafin (Berichterstatter): Von 174 Papillomen sind 95 in den ersten zwei Jahren ihres Bestehens operiert worden; man hat also mehr als früher, die Tendenz der sofortigen Operation. Die Rezidive gutartiger Papillome sind zuweilen bösartiger Natur; der histologische Charakter der tiefen Schichten ein anderer, als der der Oberfläche. Die Sterblichkeit bei 109 Kystotomien wegen Papillom betrug 13,9 %, bei 156 späteren 3,8 %. In 1/4 der Fälle werden Rezidive berichtet; doch ist die Beobachtungsdauer oft sehr kurz.

Bei Epithelialkarzinomen hat die partielle Kystektomie bei 96 Patienten nur 5, soviel bekannt geworden, wenigstens 3 Jahre vor Rezidiv und Tod bewahrt; die Totalexstirpation, 30 mal ausgeführt, bewirkte 17 Todesfälle, zwei Heilungen. Kankroide entstehen aus der Cystitis leucoplastica. Sarkome (56) und Myome (21) wurden ebenso selten durch Operation geheilt, als Krebse.

Demnach ist bei infiltrierenden Tumoren der Blase die Operation nicht gerechtfertigt.

Malherbe beobachtete 24 Geschwülste, operierte 11 (ob) gutartige, 7 (om) bösartige, heilte von den gutartigen 7 (sb), von den bösartigen 1 (sm)[1]; ist für die Frühoperation der Papillome, gegen die Radikaloperation bösartiger Blasengeschwülste.

Pousson: tu = 60; ob = 20; om = 40; sb = 12; sm = ? Obgleich die mittlere weitere Lebenszeit nach der Operation im Durchschnitt nicht grösser ist, als die der Nichtoperierten nach der ersten Entdeckung, rechtfertigt die Linderung der Qualen (Blutungen, Schmerzen, Sepsis) den Eingriff. Je früher operiert wird, desto eher ist Dauerheilung möglich. Nie sollte man bei leisestem Verdacht die Kystoskopie versäumen!

Legnen verwirft palliative Operationen. Die Papillomrezidive sitzen bisweilen vom primären Tumor weit entfernt, sind aber selten.

Loumean beobachtet drei Kranke mit Blasengeschwülsten seit 26, 28, 35 Jahren und eine spontane Heilung durch Ausstossung seit 7 1/2 Jahren. Er berichtet nur über Fälle, deren Dauerergebnis bekannt ist: tu = 11; ob = 3; om = 8; sb = 3; sm = 0.

---

[1]) Zur Abkürzung werde ich im folgenden nennen: tu die Gesamtzahl der Eigenbeobachtungen, o b die Gesamtzahl der Operationen gutartiger, o m die Zahl der Operationen bösartiger Geschwülste, s b die Zahl der Dauer der Heilungen gutartiger Geschwülste durch Operation, s m die Zahl der Heilungen bösartiger Geschwülste durch Operation. (Operavit benignos = ob; operavit malignos = om; sanavit benignos = sb; sanavit malignos = sm.)

Escat operiert bösartige Geschwülste überhaupt nicht mehr, gutartige prima vista.

Desnos: tu = 103. Die Dauerheilung von Papillomen wird verbürgt durch breite und tiefe Resektion der Implantationsbasis bei frühzeitiger Operation. Palliative Operationen sind, wenn man sie nur den Symptomen anpasst, von grösstem Nutzen.

Weinrich: Vergl. den entsprechenden Bericht auf dem deutschen Chirurgenkongress, S. 610 des Jahresberichtes.

Carlier: tn = 54; oh = 9; sh = 5; om = 31; sm = 1.

Malherbe: tu = 26; oh = 9; sb = 6; om = 10: sm = 0.

Reymond: In das Peritoneum hineingewachsenes Epitheliom.

Motz: tu = 150; Histologische Klassifikation und Vorschläge auf Grund der Pathologie.

Hamonic: tu = 16; oh = 4; sh = 4; om = 12; sm = 2. Die Totalexstirpation der Blase ist nur in der Theorie eine gute Operation. Genaue Kasuistik.

Chatelin: tu = 15; oh = 8; sb = 8 (?); om = 6; sm = 2. Er bekämpft die kystoskopische endovesikale Operation als unzureichend, umständlich und schwierig.

Bazy hat die erste Blasengeschwulstoperation in Frankreich (1883) gemacht. Er operiert Papillome stets, maligne je nach den symptomatischen und individuellen Verhältnissen.

Tédénat: tu = 16; oh = 12; sh = 9; om = 4; sm = 0.

Alharran: tu = 77; ob = 20; sb = 7; om = 30; sm = 7. Einen Operationstod hei gutartigen Geschwülsten hat er nicht erlebt. Ist der Stiel dünn und weich, so genügt es, die Schleimhaut der Umgehung auszuschneiden; ist er hart oder breit, so muss man die Blasenwand in der ganzen Dicke resezieren; hreit anfsitzende Geschwülste sind mit der Blasenwand im Gesunden zu entfernen. Palliative Operationen sind meist nutzlos. (B. G.)

Meist hei vorhestehender Cystitis zeigt nach Gierke (46, 47) die Sektion zahlreiche hirsekorn- his pfennigstückgrosse, flache, gelbliche, hellrotumsäumte Herde. Sie hestehen aus eigenartigen grossen Zellen mit Einschlüssen von Bakterien, Gewebstrümmern, Blutresten, Eisen, Kalk. In 4 von 9 Fällen war gleichzeitig Tuherknlose vorhanden. Ob es sich um Entzündung oder Geschwulstbildung handelt, steht nicht fest. Die drei vorgenannten Autoren haben Sektionsbefunde dieser seltenen, bisher in vivo noch nicht diagnostizierten Krankheit mitgeteilt. (B. G.)

Nach einer Literaturühersicht definiert Cumston (30) das Papillom als eine typische, gutartige Neuhildung mit epithelialem Typus, betont aber die Schwierigkeit, zu entscheiden, oh das histologische Bild das eines gutartigen Papilloms oder das eines Karzinoms ist. Dies ist dadurch bedingt, dass sich im Bindegewebe Alveolen finden, die mit epithelialen Zellen ausgefüllt sind und beim ersten Blick den Eindruck eines Karzinoms machen. Finden sich diese Alveolen in einer Serie von Schnitten aus einem Präparat, so kann kein Zweifel vorliegen, dass es sich um einen gutartigen Tumor handelt. Der Übergang einer gutartigen Geschwulst in ein Karzinom ist nicht selten. Krebs der Blase kann eine lange Zeit hestehen, ohne Metastasen zu verursachen. In der Ätiologie spielt langdauernde Reizung eine grosse Rolle. Dies erklärt das häufigere Vorkommen der Tumoren in der Nähe der Harnröhrenmündung und in der

Nähe der Ureteren, da diese Teile häufiger der Reizung und dem Trauma ausgesetzt sind, und ihr häufigeres Vorkommen bei Männern als bei Frauen, da bei ersteren Insulte häufiger sind. Die Beschreibung der Diagnose bringt nichts Neues. Die operative Entfernung der Papillome gibt ausgezeichnete Resultate (Dauerresultate? Ref.). Verf. verwirft die intraurethrale Operation nach Nitze, da sie zu schwierig sei und unangenehme Komplikationen eintreten können, und empfiehlt gründliche Entfernung des Tumors und benachbarter Schleimhaut nach hohem Blasenschnitt als die ideale Operationsmethode. (H. G.)

Die 18jährige Patientin von Block und Hall (12) litt seit etwa fünf Jahren an häufigem Urindrang ohne Schmerzen, seit einem Jahr an Attacken von Dysurie und Tenesmus, die jedesmal nach der Entleerung eines Steinchen aufhörten. Aus der Spitze jedes dieser spontan entleerten Steinchen ragte ein Haar heraus, das den Kern der Konkremente bildete. Die Kystoskopie zeigte im Trigonum einen grösseren und drei kleinere Steine, von denen jeder ein Haar enthielt und, in einiger Entfernung vom rechten Ureter, einen Tumor, dessen Grösse, Form und Farbe infolge von Intoleranz seitens der Patientin nicht bestimmt werden konnten. Die Steine und der Tumor wurden durch Sectio alta entfernt; letzterer erwies sich als ein typisches Dermoid. (H. G.)

Alessandri (3) bespricht zwei Epitheliome, ein Fibrosarkom, ein Endotheliom, und gibt eine genaue Histologie der exstirpierten Tumoren. (B. G.)

Grandjean (56) berücksichtigt 42 Beobachtungen aus der Literatur mit Befallensein der Drüsen; 14 mal war dasselbe klinisch erkannt worden. (B. G.)

Schwere Blutungen erforderten die Entfernung der kirschgrossen gestielten Geschwulst, die durch F. König (81), sechs Wochen post operationem, demonstriert wurde. (B. G.)

Kutner (82) gibt das kystoskopische Bild genau untersuchter Fälle.

1. Blasenwände und Blasendach von kleinen (bis taubeneigross) Geschwülsten bedeckt.
2. Sorgfältige Ausräumung der Blase nach Sectio alta hat die Beschwerden nicht beseitigt. (B. G.)

Mitteilung von drei Fällen durch Wilder (170) von primärem Sarkom der Blase, die, von anderer Seite operiert und deren Präparate vom Verf. untersucht wurden. Im ersten Falle handelte es sich um Rundzellensarkom, im zweiten um Fibrosarkom, im dritten um eine Kombination beider. Der Verf. kommt auf Grund der von ihm mitgeteilten Fälle sowie unter Berücksichtigung der diesbezüglichen Literatur zu folgenden Schlüssen: 1. Blasensarkom findet sich am häufigsten nach dem mittleren Lebensalter und in der Kindheit, kann aber in jedem Alter vorkommen, 2. häufiger bei Männern als bei Frauen, 3. das wichtigste Symptom ist Hämaturie, 4. ausserdem Strangurie, häufiger und schmerzhafter Urindrang, Retention, eitriger Harn, 5. Kachexie findet sich nur in vorgeschrittenen Fällen, 6. ein Stein kann vorhanden sein oder fehlen, 7. bei Frauen kann der Tumor auf die Harnröhre übergreifen und in der Vaginalöffnung sichtbar sein, 8. der tödliche Ausgang erfolgt bei Kindern rascher, als bei Erwachsenen, 9. in den Fällen in denen die Diagnose früh gestellt wurde, war der Tumor klein, einzeln und lokalisiert, 10. Prädilektionsstelle ist die Nachbarschaft der Ureterenmün-

dungen, 11. der Tumor ist weiss, breitaufsitzend, ungestielt, weich, solid, im späteren Stadium dagegen multipel, 12. Metastasen sind selten, ausser in vorgeschrittenen Fällen, 13. die beobachteten Varietäten sind Rundzellen-, Spindelzellen-, gemischt-zellige, Riesenzellen-, Fibro-, Myo-, Myxo- und Chondrosarkome, 14. nur eine frühzeitige Diagnose und vollständige Entfernung zeitigt gute Heilungsresultate. (H. G.)

LXIX.

Lehrbücher. Atlanten. Monographien.

Bearbeitet von **O. Lassar**-Berlin.

Literatur:

A. Haut- und Geschlechtskrankheiten.

1. *Albers-Schönberg, Die Röntgentechnik. Hamburg. L. Gräfe u. Sillem.
2. Anweisung des Bundesrates zur Bekämpfung des Aussatzes (Lepra) vom 28. I. 1904 nebst den dazu erlassenen preussischen Ausführungsvorschriften vom 12. IX. 1904. Berlin. Schoetz.
3. Anweisung des Bundesrates zur Bekämpfung des Fleckfiebers (Flecktyphus) vom 28. I. 1904 nebst den dazu erlassenen preussischen Ausführungsvorschriften vom 12. IX. 1904. Berlin. Schoetz.
4. Anweisung des Bundesrates zur Bekämpfung der Pest vom 28. I. 1904 nebst den dazu erlassenen preussischen Ausführungsvorschriften vom 12. IX. 1904. Berlin. Schoetz.
5. *Anweisung des Bundesrates zur Bekämpfung der Pocken (Blattern) vom 28. I. 1904 nebst den dazu erlassenen preussischen Ausführungsvorschriften vom 12. IX. 1904. Berlin. Schoetz.
6. Barabás, Jos., Die Behandlung der Bubonen nach der Porosz schen Methode. Leipzig. Verlag der Monatschr. f. Harnkrankheiten u. sexuelle Hygiene.
7. Benninghoven, Über Jodfersan bei Lues. Leipzig. Verlag der Monatsschr. f. Harnkrankheiten u. sexuelle Hygiene.
8. *Bie, Valdemar, Die Anwendung des Lichtes in der Medizin mit besonderer Berücksichtigung von Prof. Finsens Lebenswerk (deutsch von Schramm). Wiesbaden. J. F. Bergmann.
9. Burkhard, Georg, Über den Einfluss der Röntgenstrahlen auf den tierischen Organismus, inbesondere auf die Gravidität. (Sammlung klin. Vortr.) Leipzig. Breitkopf u. Haertel.
10. *Cleven, Karl, Haarpflege und Haarkrankheiten. Berlin. Steinitz.
11. *Davidsohn, Hugo, Die Technik der physikalischen Heilmethoden. Teil I. Die Technik der Hydrotherapie. Berlin. Hirschwald.
12. *Ehrmann, S. und Fick, Joh., Einführung in das mikroskopische Studium der normalen und kranken Haut. Wien. A. Hölder.
13. *Finger, Ernst, Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Komplikationen. Wien. Deuticke.
14. *Finger, E. und Landsteiner, K., Untersuchungen über Syphilis an Affen. Wien. C. Gerolds Sohn.
15. Geigel, Rich., Die neuen Strahlen in der Therapie. Festrede. (Aus Würzburger Abhandlungen.) Würzburg. Stubers Verlag.
16. Gordon, S. C., Jaccoud, S. und Winternitz, W., Der Tripper und seine physikalisch-diätetische Behandlung (übersetzt von Boden). Aus. Freie hygiea. Bücherei. Leipzig. Dr. Boden.
17. Hammann, Paul, Über Akrodermatitis. Dissert. Strassburg. J. Singer.

18. Harnack, Erich., Studien über Hautelektrizität und Hautmagnetismus des Menschen. Jena. Fischer.
19. Hauser, Herih., Untersuchungen über den Vaccineerreger. Diss. Freiburg i/B. Speyer u. Kärner.
20. Herbsmann, Einige dunkle Punkte in der gegenwärtigen Lehre von der Syphilis. Leipzig. Verlag d. Monatsschr. f. Harnkrankh. u. sexuelle Hygiene.
21. *Jadassohn, Hautkrankheiten bei Stoffwechselanomalien. Berlin. A. Hirschwald.
22. *Jessner, S., Kompendium der Hautkrankheiten, einschliesslich der Syphilide und einer kurzen Kosmetik. Würzburg. Stubers Verlag.
23. Derselbe, Dermatologische Vorträge für Praktiker. Heft 8. Dermatologische Heilmittel. Heft 14. Diagnose und Therapie des Ekzems. Teil I. Diagnose. Heft 15. Salben und Pasten mit besonderer Berücksichtigung des Mitin. Heft 16. Diagnose und Therapie des Ekzems. Teil II. Therapie. Würzburg. Stubers Verlag.
24. Jooss, K., Zur Therapie des Ulcus molle. Leipzig. Verlag der Monatsschr. f. Harnkrankh. u. sexuelle Hygiene.
25. *Joseph, Max, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Ärzte und Studierende. Teil I. Hautkrankheiten. 5. Aufl. Teil II. Geschlechtskrankheiten. 4. Aufl. Leipzig. Thieme.
26. Kirchner, M., Die Verbreitung der Lepra in Deutschland und den deutschen Schutzgebieten. Jena. Fischer.
27. Kocksch, Das Luftbad und seine Bedeutung für Grossstädte und Industriezentren. Leipzig. A. Strauch.
28. *Kreibich, K., Die angioneurotische Entzündung. Wien. M. Perls.
29. *Kromayer, E., Repetitorium der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Jena. Fischer.
30. *Lang, Eduard, Klinische Tafel operativ behandelter Lupusfälle. Wien. Šafár.
31. Leduc, Stefan, Die Ionen- oder elektrolytische Therapie. Leipzig. J. A. Barth.
32. Lehmann, C. R., Schönheitsmassage und rationelle Kosmetik. Wiesbaden. A. Venn.
33. Loeb, R., Über die Anwendung der Silberpräparate (speziell der modernen) bei der Gonorrhoe. Leipzig. Verlag der Monatsschr. f. Harnkrankh. u. sexuelle Hygiene.
34. Lucke, Rob., Die männlichen Geschlechtskrankheiten. Leipzig. Verlag der Monatsschr. f. Harnkrankh. u. sexuelle Hygiene.
35. Luzenberger, Aug. v., Die Franklinsche Elektrizität in der medizinischen Wissenschaft und Praxis. Leipzig. Barth.
36. Marcuse, Julian, Zur Behandlung der Gonorrhoe. Leipzig. Verlag der Monatsschr. f. Harnkrankh. u. sexuelle Hygiene.
37. *Derselbe, Heissluftapparate und Heissluftbehandlung. Aus „Wiener Klinik". Wien. Urban u. Schwarzenberg.
38. Meitner, Wilh., Beiträge zur Kenntnis der Vasole und Vasogene. Leipzig. B. Konegen.
39. *Mraček, Franz, Handbuch der Hautkrankheiten. 4 Bände. 1.—3. Band. Wien. Alfred Hölder.
40. Müller, Paul Th., Über den Einfluss erhöhter Aussentemperatur und der Röntgenbestrahlung auf die Antikörperproduktion. Wien. C. Gerolds Sohn.
41. *Notthafft, Freih. Albr. v., Die Gonorrhoe des Mannes in der Praxis der Nichtspezialisten. München. Seitz u. Schauer.
42. *Oberländer, F. M. u. Kollmann, A., Die chronische Gonorrhoe der männlichen Harnröhre und ihre Komplikationen. Leipzig. Thieme.
43. Passarelli, Ferruccio, Klinischer Beitrag zur Kenntnis der therapeutischen Wirkung des Gonosans. Leipzig. Verlag der Monatsschr. f. Harnkrankh. u. sexuelle Hygiene.
44. *Pini, G., Sarkome und Sarkoide der Haut. II. Teil. Sarkoide (aus dem Italienischen von Jul. Pollak). Aus Bibliotheca medica. Stuttgart. Nägele.
45. *Riecke, E., Hygiene der Haut, Haare und Nägel im gesunden und kranken Zustande. Aus Bibl. d. Gesundheitspflege. Stuttgart. E. H. Moritz.
46. Rückel, Wilh., Über das Lymphom resp. Lymphadenom der Lider und der Orbita. Halle a. S. Marhold.
47. Samberger, F., Die Therapie an der K. K. böhmischen dermatologischen Universitätsklinik des Prof Dr. Vikt. Janovsky in Prag. Wien. Hölder.
48. Schanz, A., Fuss und Schuh. Stuttgart. Enke.
49. Schlegel, M., Die Rotzbekämpfung und die Malleinprobe beim Pferde. Stuttgart. Enke.

50. Schuster, Bemerkungen über gonorrhoische Arthritis. Leipzig. Monatschr. f. Harnkrankh. u. sexuelle Hygiene.
51. *Siegel, John, Untersuchungen über die Ätiologie der Syphilis. — Untersuchungen über die Ätiologie der Pocken und der Maul- und Klauenseuche. — Untersuchungen über die Ätiologie des Scharlachs. Berlin. Reimer.
52. Sommer, Ernst, Über Röntgenstrahlen. Die technischen Hülfsmittel zu ihrer Erzeugung und die Indikationen ihrer therapeutischen Verwendung. München. Verlag der Ärztl. Rundschau.
53. *Spitzer, Ludwig und Jungmann, Alfred, Ergebnisse von 240 operiertes Lupusfällen nebst Bemerkungen zur modernen Lupusbehandlung. Wien. Josef Šafar.
54. Stratz, C. H., Die Schönheit des weiblichen Körpers. Stuttgart. Enke.
55. Strauss, Arthur, Zur Abortivbehandlung der akuten Gonorrhoe. Leipzig. Monatsschr. f. Harnkrankh. u. sexuelle Hygiene.
56. Süpfle, Karl, Beiträge zur Kenntnis der Vaccinekörperchen. Heidelberg. C. Winter.
57. *Terrien, Fel., Die Syphilis des Auges und seiner Annexe. München. E. Reinhardt.
58. Winkler, Die Nasen- und Gesichtsröte. Ihre Ursache und naturgemässe Behandlung. (Aus Bibl. f. rationelle Körperpflege.) Berlin. D. H. Natge.
59. *Zabludowski, J., Massage im Dienste der Kosmetik. Berlin. Hirschwald.
60. *Zeissl, Max v., Diagnose und Behandlung der venerischen Erkrankungen und ihrer Komplikationen beim Manne und Weibe. Wien. Urban u. Schwarzenberg.

B. Krankheiten der Harnorgane.

61. Axiea, Edg., Die Magensekretion bei Morbus Brightii. (Aus Wiener Klinik.) Wien. Urban u. Schwarzenberg.
62. Barg, Geo., Die operative Behandlung der chronischen Nierenerkrankungen. Leipzig. Verlag der Monatsschr. f. Harnkrankh. u. sex. Hygiene.
63. Boes, Über Massage der Harnröhre. Leipzig. Verlag der Monatsschr. f. Harnkrankh. u. sex. Hygiene.
64. Brendel, G., Über die Fortschritte der Urologie im letzten Jahrzehnt. Leipzig. Monatsschr. f. Harnkrankh. u. sex. Hygiene.
65. *Casper, Leop., Handbuch der Kystoskopie. Leipzig. Thieme.
66. *Daiber, Alb., Mikroskopie der Harnsedimente. Wiesbaden. J. F. Bergmann.
67. Diätblock zum Gebrauch in der ärztlichen Praxis. 10. Chronische Nieren- und Herzleiden. Heilbronn. Dr. J. Determann.
68. *Ebstein, W. u. Schwalbe, J., Handbuch der praktischen Medizin. Bd. II: Krankheiten der Verdauungs-, der Harnorgane und des männlichen Geschlechtsapparates. Venerische Krankheiten. Stuttgart. Enke.
69. *Eichhorst, Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. Bd. II: Krankheiten des Verdauungs-, Harn- und Geschlechtsapparates. Wien. Urban u. Schwarzenberg.
70. Eisenbach, Max, Ein Fall von primärem Sarkom der Niere. (Spindelzellensarkom.) Diss. Tübingen. F. Pietzcker.
71. Gnignard, Alb., Beitrag zum mikroskopischen Nachweis der Tuberkelbazillen im Sputum und Urin. Diss. Aarau. H. R. Sauerländer u. Cie.
72. Henning, Art., Über Massage der Prostata und der Samenblasen. Leipzig. Monatsschr. f. Harnkrankh. u. sex. Hygiene.
73. Hertwig, Osc., Ergebnisse und Probleme der Zeugungs- und Vererbungslehre. Jena. Fischer.
74. Hirschfeld, Magn., Übergänge zwischen dem männlichen und weiblichen Geschlecht. Leipzig. Verlag der Monatsschr. f. Harnkrankh. u. sex. Hygiene.
75. Derselbe, Ein Fall von irrtümlicher Geschlechtsbestimmung (Erreur du sexe). Leipzig. Verlag der Monatsschr. f. Harnkrankh. u. sex. Hygiene.
76. Derselbe, Ein seltener Fall von Hermaphroditismus. Leipzig. Verlag der Monatsschrift f. Harnkrankh. u. sex. Hygiene.
77. Jooss, Karl, Keratosis der Harnröhre. Leipzig. Verlag der Monatsschr. f. Harnkrankh. u. sex. Hygiene.
78. Kolisch, Rud., Die diätetische Behandlung der Albuminurie. — Strasser, Alois, Albuminurie und physikalische Therapie. (Aus Wiener Klinik.) Wien. Urban u. Schwarzenberg.
79. *Konya, Praktische Anleitung zur Untersuchung des Harnes. Wien. Urban u. Schwarzenberg.
80. Kornfeld, Ferd., Ätiologie und Klinik der Bakteriurie. Wien. Deuticke.

81. Kraft, Ernst, Winke für die Ausführung chemisch-bakteriologischer Arbeiten auf dem Gebiete der Harn-, Sputum-, Fäces-, etc-Untersuchungen. Berlin. Verlag des Dentsch. Apothekervereins.
82. *Lassar-Cohn. Praxis der Harnanalyse. Hamburg. L. Voss.
83. Lavaux, M., Über die Anästhesierung der Nieren und oberen Harnwege. Leipzig. Verlag der Monatsschr. f. Harnkrankh. u. sex. Hygiene.
84. Margulies, M. v., Zur Diagnose und Kasuistik der chirurgischen Nierenerkrankungen. Leipzig. Verlag der Monatsschr. für Harnkrankh. u. sex. Hygione.
85. Möbius, P., Beiträge zur Lehre von den Geschlechtsunterschieden. IX. Die Geschlechter der Tiere. Halle a S. Marheld.
86. Neugebauer, Frz. v, Zusammenstellung der Literatur über Hermaphreditismus beim Menschen. Leipzig. M. Spohr.
87. Doraelhe, Welchen Wert hat die Kenntnis des Hermaphroditismus für den praktischen Arzt? (Aus Sammlg. klinisch. Vorträge). Leipzig. Breitkopf u. Härtel.
88. *Oerum, H. P. T., Methodik der chemischen und mikroskopischen Untersuchungen am Krankenbette. Wiesbaden. J. F. Bergmann.
89. Planer, H. P., Drei Monographien. (Fall von freier Wassersucht bei Nierenentzündung. Sarkom des Ligamentum latum und der Harnblase etc.) Wien. Urban u. Schwarzenberg.
90. Pollock, Hans, Zur Technik der Endoskopie. Leipzig. Verlag der Monatsschr. f. Harnkrankh. u. sex. Hygiene.
91. Ráskai, Desider, Die Bakteriurie. (Aus Wiener Klinik). Wien. Urban u. Schwarzenberg.
92. Ries, Über Harnverhaltung. Leipzig. Verlag der Monatsschr. f. Harnkrankh. u. sex. Hygiene.
93. Schmieden, V., Neuere Anschauungen über das Wesen und die Behandlung der Prostatahypertrophie. (Aus Moderne ärztl. Bibl.) Berlin. L. Simion Nf.
94. *Serkowski, Grundriss der Semiotik des Harns. Berlin. Karger.
95. Steiner, Ernst, Über Mischgeschwülste der Niere. Dissertat. Würzburg. F. Freudenberger.
96. Stern, M. A., Über sexuelle Neurasthenie. Leipzig. Verlag der Monatsschr. f. Harnkrankh. u. sex. Hygiene.
97. Wachter, Osk. Ernst, Über einen Fall von erworbener Dislokation und Atrophie einer Niere. Freiburg i B. Speyer u. Kaerner.
98. Wagner, Paul, Die Fortschritte der Nierenchirurgie im letzten Dezennium. (Aus Berliner Klinik.) Berlin. Fischers Medizin. Buchhandlg.
99. Wallerstein, Jos., Über die Fistula urethrae penis congenita vera. Diss. Strassburg. J. Singer.
100. Weil, L., Quartalsbericht über Nierenkrankheiten. Leipzig. Monatsschr. f. Harnkrankh. u. sex. Hygiene.
101. *Zangemeister, Wilh., Atlas der Kystoskopie des Weibes. Stuttgart. Enke.
102. *Zondek, M., Zur Chirurgie der Ureteren. Berlin. Hirschwald.

C. Prostitution und Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten.

103. Benninghoven, Die Empfehlung des illegitimen Geschlechtsverkehrs seitens des Arztes ist unzulässig. Marcuse, Max, Noch einmal: Darf der Arzt zum ausserehelichen Geschlechtsverkehr raten? Leipzig. Verlag der Monatsschr. f. Harnkrankh. u. sex. Hygiene.
104. Berger, Paul, Die Hygiene vor den Flitterwochen. Berlin. H. Steinitz.
105. Bettmann, S., Die ärztliche Überwachung der Prostitution. Jena. Fischer.
106. Blaschko, A., Die gesundheitlichen Schäden der Prostitution und deren Bekämpfung. Berlin. W. u. S. Loewenthal.
107. Chotzen, Mart., Gesundheitslehre des Geschlechtslebens. Breslau. W. Koehner.
108. Düring, E. v., Prostitution und Geschlechtskrankheiten. Leipzig. Barth.
109. Eisenstadt, L., Ärztliche Vorschriften für Geschlechtskranke. Leipzig. Verlag der Monatsschr. f. Harnkrankh. u. sex. Hygiene.
110. Elberskirchen, Joh., Geschlechtsleben und Geschlechtsenthaltsamkeit des Weibes. München. Seitz u. Schauer.
111. Ellis, Havelock, Die Gattenwahl beim Menschen mit Rücksicht auf die Sinnesphysiologie und allgemeine Biologie. Würzburg. Stubers Verlag.
112. Fischer-Dückelmann, Das Geschlechtsleben des Weibes. Eine physiologisch-soziale Studie. Berlin. Bermühler.
113. Forel, Aug., Die sexuelle Frage. München. E. Reinhardt.

114. Fournier, Alfr., Die Syphilis, eine soziale Gefahr. Leipzig. F. Dietrich.
115. Derselbe, Was hat der Vater seinem 18 jährigen Sohne zu sagen? Stuttgart. J. H. W. Dietz Nachf.
116. Freund, Sigm., Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Wien. Deuticke.
117. Friedländer, Bened., Entwurf zu einer reizphysiologischen Analyse der erotischen Anziehung unter Zugrundelegung vorwiegend homosexuellen Materials. Leipzig. M. Spohr.
118. Derselbe, Schadet die soziale Freigabe des homosexuellen Verkehrs der kriegerischen Tüchtigkeit der Rasse? Leipzig. M. Spohr.
119. Gebert, Ernst, Geschlechtsverkehr und Geschlechtskrankheiten. (Aus Arbeiter-Gesundheits-Bibliothek). Berlin. Buchh. Vorwärts.
120. Grosse, Otto, Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten. Leipzig. Verlag der Monatsschr. f. Harnkrankh. u. sex. Hygiene.
121. Gruber, Max, Hygiene des Geschlechtslebens, dargestellt für Männer. (Aus Biblioth. d Gesundheitspflege.) Stuttgart. E. H. Moritz.
122. Hermanides, S. R., Bekämpfung der ansteckenden Geschlechtskrankheiten als Volksseuche. Jena. Fischer.
123. Jacobi, E, Die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten und ihre Bekämpfung. Freiburg i B. Speyer u. Kaerner.
124. Karsch-Haack, F., Beruht gleichgeschlechtliche Liebe auf Soziabilität? München. Seitz u. Schauer.
125. Katte, Max, Die virilen Homosexuellen. Leipzig. M. Spohr.
126. Laurent, E., Sexuelle Verirrungen, Sadismus und Masochismus. Berlin. H. Barsdorf.
127. Lesser, E., Über die Verhütung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Jena. Fischer.
128. Levetzow, Karl, Freiherr v., Louise Michel (La vierge rouge). Leipzig. M. Spohr.
129. Lewitt, M., Geschlechtliche Enthaltsamkeit und Gesundheitsstörungen. Berlin. M. Boas.
130. Marcuse, Max, Die geschlechtliche Aufklärung der Jugend. Leipzig. F. Dietrich.
131. Meissner, P., Abolitionismus und Hygiene. Leipzig. Verlag der Monatsschr. f Harnkrankh. u. sex. Hygiene.
132. Mensinga, Vom Sichinachtnehmen. (Congressus interruptus, Zwangsverkehr). Neuwied. Heusers-Verlag.
133. Neuberger, Die Verhütung der Geschlechtskrankheiten. (Aus Veröffentl. d. deutschen Vereins f. Volkshygiene.) München. R. Oldenbourg.
134. Ploss, H., Das Weib in der Natur- und Völkerkunde. Leipzig. Grieben.
135. Porosz, Moritz, Über die Folgen der Onanie. Leipzig. Verlag der Monatsschr. f. Harnkrankh. u. sex. Hygiene.
136. Prager, Das moderne Geschlechtsleben und seine Gefahren vom Standpunkte der Ethik und Hygiene. Langensalza. Verlag Gesundes Leben.
137. Ribbing, Soved, Gesundes Geschlechtsleben und seine Folgen für die Sittlichkeit. Stuttgart. P. Hobbing.
138. Rohleder, H. O., Der Neomalthusianismus. Die fakultative Sterilität in der ärztlichen Praxis. Leipzig. Verlag der Monatsschr. f. Harnkrankh. u. sex. Hygiene.
139. Römer, L. S A. M. v., Die erbliche Belastung des Zentralnervensystems bei Uraniern, geistig gesunden Menschen und Geisteskranken. Leipzig. M. Spohr.
140. Rosenthal, O, Alkoholismus und Prostitution. Berlin. Hirschwald.
141. Ruppricht, Geschlechtsleben in der Ehe. Langensalza. Verlag Gesundes Leben.
142. Schiellof, B., Die Ehe und ihr Einfluss auf Gesundheit und Lebensdauer. Berlin. W. Reuter.
143. Schouten, H. J., Die vermeintliche Päderastie des Reformators Jean Calvin. Leipzig. M. Spohr.
144. Siebert, Friedr., Ein Buch für Eltern. Den Müttern heranreifender Töchter und Vätern heranreifender Söhne. München. Seitz u. Schauer.
145. Steingiesser, Ferd., Sexuelle Irrwege. Eine vergleichende Studie aus dem Geschlechtsleben der Alten und Modernen. Berlin. Bermühler.
146. Waldvogel, Die Gefahren der Geschlechtskrankheiten und ihre Verhütung. Stuttgart Enke.
147. Zola, Emile. Ein Brief an Dr. Laupts über die Frage der Homosexualität. Leipzig. M. Spohr.
148. M. K. G., Städtische Lusthäuser. Mit Vorwort von Geh. Rat C. Fränkel. Leipzig. Barth.

A. Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Das vorliegende Buch von Ehrmann und Fick (12) verdankt seine Entstehung den von Professor Ehrmann gehaltenen Kursen. Wertvoll erscheint an seinen Auseinandersetzungen unter anderem vornehmlich die Berücksichtigung der verschiedenen Stadien, während sonst vielfach dem Anfänger an tunlichst typischen Durchschnittsschemen die Vorstellung wachgerufen wird, als wenn sich Krankheitsbegriff und mikro-anatomische Unterlage ohne weiteres unter allen Umständen decken müssten. Dies nur ein Beispiel für die naturgetreue Lebendigkeit, mit welcher die Verff. den tatsächlichen Verhältnissen gerecht zu werden wissen. Von Kontroversen wird absichtlich Abstand genommen, damit der Lernende zunächst die allgemein gültigen Anschauungen in sich aufnimmt, und so wird das Kompendium tatsächlich als Leitfaden für Ärzte und Studierende dienen.

Das Handbuch der Hautkrankheiten, herausgegeben von F. Mraček (39) unter Mitwirkung zahlreicher Mitarbeiter, insbesondere auch der Mitredaktion von Siegfried Grosz, war im Jahre 1905 bis zum 3. Bande gediehen. Es besitzt den Vorteil einer ganz neuen Gliederung und besteht im Grunde aus ebenso vielen monographischen Einzelbüchern, als es Abschnitte hat. Jedes Kapitel ist einem bewährten und mit dem Stoff vertrauten Autor zur selbständigen Behandlung überlassen worden. Damit fällt jeder Schematismus fort und das ganze gross angelegte Werk bietet eine Fundgrube umfassender Gelehrsamkeit. Da es unmöglich erscheint, an dieser Stelle auf den Inhalt der nahezu 150 Druckbogen umspannenden Einzelarbeiten einzugehen, so sei hervorgehoben, dass es kein grossartigeres und tiefgehender angelegtes Handbuch in deutscher Sprache gibt. Überall ist Rücksicht darauf genommen, den gesamten Wissensstoff zu erschöpfen. Selbst der kenntnisreichste Leser, Autor und Forscher wird die Fülle des Gebotenen dankbar anerkennen. Jedenfalls erscheint es angebracht, den gesamten Inhalt und deren Verfasser hier wiederzugeben:

Rabl: Histologie der normalen Haut.
Kreidl: Physiologie der Haut.
Spiegler und Grosz: Allgemeine Ätiologie der Hautkrankheiten.
Spiegler und Grosz: Allgemeine Therapie der Hautkrankheiten.
Pinkus: Allgemeine Pathologie der Zirkulationsstörungen der Haut.
Ehrmann: Hyperämie, Anämie der Haut, Dermatitiden.
Török: Krankheiten der Schweissdrüsen.
Ehrmann: Funktionsanomalien der Talgdrüsen, Erkrankungen derselben und ihrer Umgebung.
Wolff: Die Erytheme und die mit diesen verwandten Krankheiten, Purpura, Urticaria etc.
Ehrmann: Toxische und infektiöse Erytheme chemischen und mikrobiotischen Ursprunges.
Blaschko: Herpes (Herpes zoster, Herpes circumscriptus).
Luithlen: Pemphigus neonatorum sive contagiosus.
Luithlen: Epidermolysis bullosa hereditaria.
Luithlen: Dermatitis exfoliativa Ritter.
Török: Die exfoliativen Erythrodermien.
Spiegler: Pemphigus chronicus.
Chvostek: Gangraena cutis.
Spiegler: Combustio, Congelatio.

Grosz: Psoriasis vulgaris.
Unna: Ekzema.
Ehrmann: Follikulare und perifollikulare Eiterungen der Haarbälge.
Frank: Furnnkel, Karbunkel, Zellgewebsphlegmone.
Frank: Rotz und Milzbrand.
Riecke: Lichen scrophulosorum.
Riecke: Lichen ruber planus, acuminatus.
Matzenauer: Prurigo, Strophulus.
Ehrmann: Impetigo herpetiformis.
Matzenauer: Impetigo contagiosa.
Ehrmann: Pigmentanomalien.
Janovsky: Keratosen (angeborene, erworbene), Ichthyosis, Keratosis follicularis, Psorospermosis, Acanthosis nigricans, Keratoma palmare heredit., Tyloma, Clavus.
Lnithlen: Sklerodermie, Sklerema neonatornm, Elephantiasis.
Löwenbach: Xeroderma pigmentosum.
Grosz: Atrophia cutis.
Jadassohn: Lupus erythematodes.
Joseph: Gutartige Neubildungen der Haut.
Jnffinger: Rhinosklerom.
v. Bergmann: Lepra der Hant.
Ewald: Aktinomyces der Hant.
Oppenheim, M.: Madurafuss.

Das weitbekannte Lehrbuch von Max Joseph (25) liegt für den ersten Teil in seiner 5., den zweiten in 4. wesentlich vermehrter und verbesserter Auflage vor. Damit ist die Brauchbarkeit nnd Beliebtheit erwiesen, welche sicb dieses Werk durch klare Übersichtlichkeit, wissenschaftliches Verständnis und Zuverlässigkeit erworben hat. Der dermatologische Teil befasst sich mit den entzündlichen Dermatosen, Zirkusationsstörungen und progressiven Ernährungsstörungen der Haut, daran schliessen sich regressive Ernährungsstörungen und neuritische Dermatosen; die parasitären und die chronischen Infektionskrankheiten bilden den Schluss. 70 Abbildungen sind in den Text eingefügt, zahlreiche, von allen praktisch bewährten Antoren entnommene Rezepte interkaliert.

Der zweite Teil handelt zunächst von der Syphilis und erstreckt sich der Hauptsache nach auf eine spezielle Pathologie der einzelnen Organe. Ulcus molle und Gonorrhöe sowie deren Komplikationen bilden den Schluss. Beide Teile zusammen erweisen sich als eine bewährte literarische Handhabe beim Studium und bei der Behandlung der Haut- nnd Geschlechtskrankheiten.

Das Repetitorium von Kromayer (29) ist namentlich für Studierende, aber auch zum Nachschlagen für den prakt. Arzt bestimmt. Es enthält eine Übersicht über die meist gebräuchlichen Lehrbücher, Atlanten und Zeitschriften und teilt die Hantkrankheiten in 13 Kapitel, welche tunlichst nach ätiologischen Gesichtspunkten geordnet sind. Die gleiche Berücksichtigung finden die Geschlechtskrankheiten. Absichtlich befleissigt sich Verf. einer Beschränkung auf die Hauptpunkte, nm dem Verständnisvermögen des Anfängers entgegen zu kommen, und zwar mit Recht, denn wenn jeder Mediziner nur soviel von diesem Gebiete wüsste, wie das Kompendium enthält, so würden die meisten ganz gut damit auskommen.

Ähnliches gilt von dem Jessnerschen (22) Leitfaden, der ebenfalls zur leichten und schnellen Orientierung für den Praktiker dienen

soll. Dabei hat sich Verf. bemüht, auch die theoretischen Fragen zu streifen.

Der Leipziger Universitätslehrer für Dermatologie E. Riecke (45) bespricht in jedenfalls leicht verständlicher Art alles das, was die allgemeine Wissenschaft von der Geschichte, dem Bau, der Physiologie und Pathologie, von Missbildungen, Verunstaltung und Prophylaxe interessiert. Die leitenden Gesichtspunkte in der Therapie, Hautpflege, Bäder, Kosmetik, Haar- und Nagelpflege finden gründliche Erörterung. Die Volksgesundheit wird berücksichtigt. So dient es zu allgemeiner Belehrung und entspricht dem Bedürfnis der Praxis elegans. Wer in die Lage gelangt, öffentliche Vorträge über einschlägige Kapitel zu halten, wird hier dankenswerte Anknüpfungspunkte und zahlreiche, der Widergabe werte Aufzeichnungen finden. Aber auch der Dozent kann das Buch für die Belebung seiner Vorlesung mit Gewinn benutzen.

Zabludowski (59) verstand unter Massage einen Komplex von Handgriffen, welche systematisch am menschlichen Körper zu heil-, hygienischen oder auch kosmetischen Zwecken angewendet werden, und führt aus, dass schon die antike Medizin sich der Knetkunst zur Verschönerung des Körpers bedient hat. In dieser Darstellung ist zu finden, wie man krankhafte Produkte gutartiger Natur durch Volumen-Veränderung beeinflussen kann. Unter Verurteilung der sonstigen merkantilen Anpreisungen wird die Vibrations-Massage empfohlen.

Davidsohns (11) kurz gefasster Leitfaden enthält die Geschichte der Hydrotherapie, sowie diejenigen allgemeinen Betrachtungen, welche für Zirkulation und Resorption bei der Wasserheilkunde in Betracht kommen. Die mittelbaren wie die unmittelbaren Formen der Wasseranwendung, sowie alle balneo-therapeutischen und kalorischen Teilformen, die elektrischen und Dampfbäder werden beschrieben. Viele Winke über Badeanstalten und Bäderbehandlung, häusliche und öffentliche Einrichtungen und alle Manipulationen, die vom Arzt und Wartepersonal Beachtung erheischen, sind hier übersichtlich zusammengestellt, alle Apparate, Badeformen, Packungen und Bandagen in Abbildungen wiedergegeben. Auch an technischen Vorschriften fehlt es nicht. Den künstlich-medikamentösen Bädern und ihrer Dosierung werden die erforderlichen Ausführungen zuteil.

In seiner Abhandlung, die einen der Vorträge der Wiener Klinik bildet, bespricht Marcuse (37) in übersichtlicher, kurzgehaltener, Form die Entwickelung, die die Anwendung heisser Luft zur Heilung von Krankheiten genommen hat. Die Methode, Wärme als therapeutisches Mittel zu verwerten, ist so alt wie die Heilkunde selbst; ihre wissenschaftliche Begründung, ihre Verwendung als erhitzte Luft unter Ausbau der hierzu erforderlichen Apparate ist neu. — Die Kapitel Physiologie der Heissluft-Anwendung, allgemeine und örtliche Wirkungsweise der Heissluft-Bäder, ihre Indikationen, ihre Technik geben uns, zum Teil an der Hand erläuternder Abbildungen, über alles Wünschenswerte auf diesem speziellen Gebiete der Therapie eine Belehrung, die ebenso kurz gefasst wie leicht verständlich und vollkommen ist.

Eine zwar wissenschaftlich getreue, aber allgemein verständlich gehaltene Wiedergabe der Finsenlehre, bringt Bies (8) Schrift nichts wesentlich Neues, dient aber dem Erfahrenen zur Klärung der Ansichten. Die Wirkungen des Lichtes auf Haut, Stoffwechsel und Blut, seine Fähigkeit einzudringen, zu irritieren und psychische Einflüsse hervorzubringen,

seine hygienische und bakteriologische Bedeutnng, sowie die Lichtbehandlnng selbst werden in grossen Zügen abgehandelt, alles in allem ein schönes und sachliches Denkmal für den grossen Begründer dieser ganzen Richtnng.

Beschrieben wird in dem Leitfaden von Albers-Schönberg (1) das ganze Instrumentarium: Röntgenröhren, deren Konstruktion, Härtegrade, Behandlung, Regulierung nnd verschiedene Sorten, die verschiedenen Blenden, Apparate, Schutzvorrichtungen, photographischen Einrichtungen, und in einem besonderen Kapitel werden Röntgenlaboratorien und Institute anschaulich besprochen, und zwar in einer Weise, welche das Selbststudium für jeden gebildeten Mediziner, geschweige denn Physiker ohne weiteres ermöglichen. Das ganze Wissen, welches sich in so knrzer Zeit seit Entdeckung dieser Radiologie entwickelte, findet eingehende Berücksichtigung. Dazu tritt dann die spezielle Technik, welche sich anf Untersuchungen der sämtlichen zugängigen Organe und Einzelgebiete hezieht. Jede Knochengruppe wird hesonders durchgegangen, daran schliessen sich Nieren-, Ureteren-, Blasen- und Gallensteine. Die Durchleuchtung in den verschiedenen Zweigen der Medizin, Fremdkörper, Stereoskopie und Orthoröntgenographie sind ebenso gleichmässig berücksichtigt. Zahlreich sind namentlich anch die praktischen Winke, welche der Erfahrnng eines der meistgeschulten Röntgenologen entstammen und in lehrreicher Klarheit überall eingestreut sind.

Der wichtigste Pnnkt in der Anweisung zur Bekämpfung der Pocken (5) ist die Anmeldepflicht, die sich auf jede Erkrankung, jeden Verdachts- und Todesfall bezieht. Hieran schliesst sich die Ermittelung der Krankheit durch den beamteten Arzt, namentlich in bezug auf die Ursprungsstätte. Dann kommen die Vorschriften gegen die weitere Verhreitung, Absonderung und Desinfektion sowie Heranziehnng aller denkbaren Schntzmassregeln in bezug auf Person, Umgebung, Wäsche und Wohnnng. Bei gehäuftem Auftreten der Pocken tritt hierzu Vornahme unentgeltlicher Impfungen und Belehrnng der Bevölkerung sowie Verhinderung grösserer Menschenansammlungen. Dem folgt ein spezieller Teil, der alle einschlägigen Formnlare und Einzelvorschriften für Behörden und Puhliknm enthält. Das Ganze gibt ein musterhaftes Beispiel, wie sich im gegebenen Falle einer um sich greifenden Epidemie gegenüher der Staat und seine Organe zu verhalten hahen. An alles ist gedacht, nichts Wesentliches fortgelassen und doch jede überflüssige Weitlänfigkeit vermieden.

Eine zusammenfassende und kritische Widergabe aller unter dem Namen der angioneurotischen Entzündungen gemachten Beobachtungen gibt Kreibich (28), soweit sie der Literatur und den eigenen Erfahrungen des Forschers entstammen. Letzteren liegen Krankenbeobachtungen und Experimente zugrunde. Ein wesentlicher Abschnitt handelt von Klinik und Anatomie der Veränderungen bei neurotischer Hantgangrän. Als ätiologisches Moment für dieses Leiden wird eine sympathische Reflexneurose, bedingt durch gesteigerte Erregung des Vasodilatatorenzentrums, angesprochen, wohei allerdings die Frage offen hleiht, ob es ein solches gibt, denn das eigentliche Wesen der Gefässinnervation gipfelt im Spiel der Kontraktoren, deren Lähmung dann allerdings Erschlaffung und Erweiterung bedingt. Auch den Herpes zoster erklärt Verf. als ein vasomotorisches Phänomen, das anf spätreflektorischem Wege zustande kommt. Ebenso wird die Urticaria als der Typus eines reflektorischen vasodilatatorischen Ödems bezeichnet. Organische Ner-

venläsionen, Erythromelalgie und exsudative Erytheme, endlich die Pathologie der Schweisssekretion werden im Rahmen dieser gelehrten und anziehenden Abhandlung zn anregender Besprechung gebracht.

Die Monographie von Spitzer und Jungmann (53) tritt dafür ein, dass ausser den Finsenschen Strahlen lediglich die Exstirpation als radikale Therapie des Lnpus zu betrachten ist, denn für heide Behandlnngsmethoden legen Hunderte von geheilten Lupusfällen Zengnis ab. Die früher so zahlreichen Misserfolge bei chirurgischer Lupusbehandlung sind heträchtlich zurückgedrängt, seit Asepsis, Blutleere, Lokalanästhesie wesentliche Verhesserung des Verfahrens garantieren. Dazn hat dann eine gewisse Konzentration des Krankenmaterial in dazu geeigneten Abteilungen zu treten, wo sich Ärzte der mühsamen Hingebung konsequent nnterziehen, welche dazu gehört, ein grösseres Lupusmaterial systematisch mit den Wohltaten operativer Heilung zu versehen. Hierin liegt Professor Langs und seiner Mitarbeiter grosses Verdienst. An Hunderten von Beispielen, durch Krankeugeschichten und Abbildungen illustriert, wird erwiesen, dass die moderne Lupusbehandlung durch Ausnutzung der Operation ein höchst brancbbares Instrument znr Bekämpfung dieser Volkskrankheit darstellt.

Lang selbst (30) veröffentlicht eine Bildertafel, nm seine Erfolge durch die chirurgische Behandlnng des Lupns recht eindringlich zu illustrieren. Es ist gleichsam ein mahnendes Flugblatt an die Ärztewelt und wird hoffentlich als solches seine Wirkung nicht verfehlen. Die Ausrottung der Krankheitsherde nach Art einer bösartigen Geschwulst vereinigt die höchste Sicherheit nnd Schnelligkeit der Heilung miteinander. Was die kosmetische Seite der Frage angeht, so ist man geradezn erstaunt, was eine meisterhafte Operationstechnik auch bei grossen Herden mittelst Plastik erreicht.

Über das Wesen der Sarkoide stellt, als Resnltat seiner Studien nnd Bestätigung der klinischen Erfahrungen, Pini (44) knrzgefasst folgende Sätze auf:

Eine chronisch-infektiöse Krankheit in Gestalt des differenzierten Granuloms mit vornehmlicher Etablierung auf der Haut, ansgehend von Extremitäten nnd männlichen Gescblechtsorganen, hämorrhagische Knoten und Infiltrate bilden das charakteristische klinisch-morphologische Element.

Im Prodromalstadinm von mehrmonatlicher Dauer sieht man Sensibilitäts- nnd Zirkulationsstörungen. Das Eruptionsstadium entwickelt sich langsam in Gestalt von Papeln und Plaques, hämorrhagischen Knollen und Geschwülsten, welche sich von den Extremitäten gegen den Stamm ausbreiten. Die viszerale Generalisation kann sich durch Pleuritis, Endokarditis, Hepatitis und Nephritis bis zum letalen Ansgang komplizieren. Solange das Leiden auf die Haut beschränkt hleibt, kann es spontan einen Stillstand erfahren. Dieser wird, wie zahlreiche Autoren bekunden, nnter dem Einflnsse von Arsenpräparaten verschiedener Art ersichtlich begünstigt und manchmal sogar znr Heilung gebracht. Im allgemeinen basiert die Kenntnis über die tbeoretische Bedeutung dieser halbmalignen Tumorenbildung der Hauptsache nach auf Hypothese. Das Sarkoid ist nicht nur eine Modifikation des Sarkoms, sondern ein ihm ähnliches Prodnkt. Es tritt meist bilateral auf und breitet sich einigermassen symmetrisch und stufenweise aus. Der Verlauf ist höchst langwierig und kann sich bis über Jahrzehnte erstrecken. Eine Reihe von Erup-

tionen fällt der Resorption anheim. Histologisch bemerkenswert bleibt, dass die Infiltrationsherde im interstitiellen Gewebe und den Lymphspalten liegen. Erst im fortgeschrittenen Stadium tritt Schwund des Bindegewebes ein. Die Struktur der Sarkoide bildet eine Art Verbindungskette zwischen eigentlichem Sarkom und dem reinen Granulom. Die Pigmentsubstanz rührt von Hämoglobin her und das elastische Gewebe bleibt im Gegensatz zu den eigentlichen Sarkomen bestehen. Fast 70 nach Fällen und Autoren alphabetisch geordnete Literaturangaben und fünf exquisite Tafeln geben die Unterlage für das Studium der Sarkoide.

Die Hautkrankheiten stehen vielfach noch in dem Rufe, durchweg als örtliche Eruptionen angesehen zu werden, deren etwaiger Zusammenhang mit Anomalien des Gesamtstoffwechsels von den betreffenden Ärzten unbeachtet gelassen wird. Diese Ansicht dürfte sich in den letzten Jahren wesentlich geändert haben. Vielmehr wird von allen Seiten nach wissenschaftlichem Material für die Beziehungen zwischen Stoffwechsel- und Hautpathologie gesucht. Allerdings kann erst eine überwiegende Anzahl exakter Forschungen zu dem Ziele gewünschter Erkenntnis führen. Dass aber Umfassendes bereits geleistet ist, geht daraus hervor, dass dem lichtvollen Referate, welches Jadassohn (21) auf dem V. Intern. Dermatol.-Kongress zu Berlin gehalten hat, bereits nahezu ½ Tausend von Literaturangaben zugrunde gelegt werden konnte.

Die Sichtung dieses weitschichtigen Stoffes wird in bezug auf die Kriterien und die massgebenden Gesetze auf anerkannte und noch hypothetische Anomalien des Stoffwechsels aufgebaut. Dazu dienen die kasuistische und die statistische Methode, ferner die Beurteilung des klinischen Verlaufes und der Juvantia; ferner kommt die experimentelle Forschung, so wenig sie bislang geleistet hat, in Betracht, die Verwertung von Analogieschlüssen und die Lehre der Autointoxikation. Die Zahl der überhaupt zu berücksichtigenden Krankheiten wird in fünf Gruppen geordnet. Zunächst handelt es sich um Stoffwechselerkrankung im engeren Sinne, die Fettsucht, Gicht, Diabetes. Daran schliessen sich die Anomalien der Drüsen mit innerer Sekretion und diejenigen Stoffwechselanomalien, welche mit dem Verdauungstraktus, den Lebererkrankungen, sowie mit Pankreas, Niere und Blut in Beziehung gebracht werden können. Zwei weitere Gruppen befassen sich mit Dermatosen, welche zurückzuführen wären auf Rückäusserung vom erkrankten Gewebe, und denjenigen wahrscheinlich mit dem Stoffwechsel in Zusammenhang stehenden Dermatosen, welche sich in die obigen Rubriken nicht ohne weiteres einreihen lassen. Somit ist ersichtlich, dass in der inhaltreichen Berichterstattung und weit über den Rahmen einer solchen hinaus das gesamte Material grundlegender Durcharbeit unterzogen worden ist. Klar wird zugestanden, dass wir uns in vieler Beziehung noch in den Anfangsgründen bewegen, jedoch ist für die weitere Forschung der Gesamtmedien hier ein bedeutungsvoller Fortschritt angebahnt.

Cleven (10) bringt eine populäre Darstellung, welche auch einige historische Notizen enthält und dem Publikum Mittel und Wege an die Hand gibt, um dem vorzeitigen Verlust der Haare nach Möglichkeit vorzubeugen und entgegenzutreten. Eingehende Berücksichtigung finden alle üblichen kosmetischen und therapeutischen Vorschriften, insbesondere die vom Referenten angegebenen Haarkuren.

Der Zweck des Zeisslschen (60) Buches ist es, in möglichster Kürze und Verständlichkeit die Erscheinungen und die Behandlung der drei venerischen Krankheiten darzustellen. Dies Ziel wird voll erreicht. Max v. Zeissl ist ein Autor, dessen Gelehrsamkeit in der Tradition seines nnvergesslichen Vaters wnrzelt. Er hat als Lernender nnd Lehrer verstanden, sich das ganze Geisteslehen der Wiener Schule zn eigen zn machen, dahei aher stets den Blick auf das Grosse und Ganze der pathologischen Errungenschaften gerichtet. Kaum sollte man voranssetzen, dass diese so nngemein häufig und vielfach schriftstellerisch hearbeiteten Krankheiten noch Neues zu hringen vermöchten, und doch wird selbst der auf diesem Gehiete Bewanderte hei Nachschlagen der Lektüre vielfach Belehrung empfangen. Hierzn dient vor allem eine unvergleichliche Literatnr-Kenntnis. Zugleich aber eine üher den trockenen Stoff emportragende Anschauungsweise. Mit besonderer Sorgfalt wird die Therapie auf die massgebenden Indikationen herücksichtigt. Statt der sonst vielfach üblichen losen Aueinanderreihung von Vorschriften nnd Rezepten finden Student und Praktiker hier die gewünschten Anhaltspnnkte für ihr ärztliches Denken und Handeln. Hervorgehoben sei namentlich die direkte Behandlung der Gonorrhoe in allen ihren Stadien nnd Komplikationen, die weibliche Gonorrhoe einschliesslich der Adnex-Erkranknngen und die allerdings kurze, aber prägnante Therapie der Syphilis.

In den Versuchen, die Finger mit Landsteiner (14) angestellt hat, gelang es dnrch Impfung in Taschen nnd mittelst tiefer Skarifikationen auch an niederen Affen nahezu konstante Haftung von Syphilis zn erzielen. Mit Menschen- wie mit Affenvirus geimpfte Affen zeigten fast ausuahmslos positive Erscheinungen. Die Inkuhation hetrug im Minimum 10, höchstens 42 Tage. Die histologischen Untersuchungen ergaben im wesentlichen Übereinstimmung mit der menschlichen Syphilis. Experimente über die parasiticide Wirkung des Syphilitikerserums und über die eventuelle immnnisierende Wirknng verliefen negativ. Als wichtigstes Ergehnis dieser Arbeit muss hervorgehoben werden, dass es den Verfassern gelnngen ist, gummöse, also spätsyphilitische Produkte der Krankheit mit positivem Erfolg anf Kynocephalus hamadrias zu übertragen. Hiermit darf die Kontagiosität der Spätform als experimentell erwiesen gelten.

Um der Ätiologie der Pocken und der Maul- und Klanenseuche, des Scharlachs, sowie der Syphilis näher zu treten, hat Siegel (51) einen neuen Weg eingeschlagen. Davon ausgehend, dass sich bei Pocken regelmässig eigentümliche Gebilde finden, die im gesunden Körper nicht vorkommen, hat Siegel Kaninchen und Kälber mit Pockenlymphe aus der kgl. Anstalt zu Berlin geimpft und hat alsdann ans den noch lebenswarmen Organen ein kleines Gebilde gewonnen, das er als den Erreger der Pocken anspricht. Allerdings musste bis zur Erzielung dieses Resultates die optische Technik eine Vervollkommnung erhalten, wie dies in letzter Zeit geglückt ist.

Mit Hilfsmitteln, die 1500 fache Vergrösserung gestatten, hat Siegel festgestellt, dass es sich hei diesem bisher unbekannten Parasiten nm ein Protozoon handelt. Dies nimmt eine Mittelstellung zwischen Flagellaten nnd Sporozoen ein. Er verlieh ihm den Guarnierischen Namen des Cytorrhyctes vaccinae. Ein diesem ähnlicher Flagellat fand sich bei der Maul- und Klauenseuche, ebenso glückte es, dem Blute von Kaninchen, welche mit einer Hautschuppenemulsion scharlachkranker Kinder

geimpft waren, ein der oberen Form ähnliches, wenn anch kleineres Protozoon zu entnehmen, das gleichfalls den Cytorrhyctesformen znzuzählen ist. — Das weitgehendste Interesse beanspruchen mit Recht die Ergebnisse der Impfungen mit Syphilismaterial, die an Affen vorgenommen wnrden. Die Parasitenbefunde erwiesen sich wiederum denen bei Pocken sehr ähnlich; es wurde im Blutstropfen eine bewegliche Form von $^1/_2$—1 μ Länge gefunden, deren morphologische Beschaffenheit sie als Cytorrhyctes lnis zu bezeichnen Veranlassung gab. Die Schlussfolgerungen, die sich für den Verf. ans seinen Impfversnchen mit Syphilis ergeben, sind diese:

1. Im Blute syphilitisch erkrankter, ärztlich nicht behandelter Menschen, in den Primäraffekten und in den breiten Kondylomen finden sich Protozoen, die der Gattung Cytorrhyctes angehören.
2. Den Sitz der Parasiten in der Haut bilden, im Gegensatz zu den akuten Exanthemen, nicht das Epithel, sondern das Bindegewebe und die Gefässe.
3. Bei geimpften Kaninchen findet man Erkrankungen der Haut und Iris, sowie dieselben Protozoen wie bei erkrankten Menschen.

Terrien (57) gibt eine umfassende Übersicht über die durch Syphilis bedingten oder mit ihr zusammenhängenden Affektionen des Auges. Er schildert vom Standpunkt des Augenarztes alle Vorkommnisse lnetischer Erkranknngen dieses Organes. Da sich die Erscheinungen der allgemeinen Krankheit in jedem von ihr betroffenen Bezirk in besonderer Weise abspielen, so bildet diese Darstellung ein abgeschlossenes und dabei nngemein vielseitiges Bild. Einleitende Bemerkungen geben die allgemeinen Regeln bei Untersuchnng des Auges. Hereditäre und erworbene Syphilis werden in besonderen Abschnitten abgehandelt. Jene sind in Früh- nnd Späterscheinungen zu trennen. Zu den ersten gehören die Veränderngen des Uvealtraktus und der Papille, sowie die kongenitalen Missbildungen, während Keratitis interstitialis, Keratomalacie und Augenmuskellähmungen, sowie Sehnervenerkrankungen den letzteren zuzuzählen sind. In umfassender nnd klarer Weise werden sämtliche funktionellen Störungen und anatomischen Veränderungen, die überhaupt im Laufe der Syphilis am Auge nnd dessen Adnexen vorkommen können, abgehandelt. Daran schliesst sich eine Reihe knapper Vorschriften über die Behandlnng, ausserdem finden die Beziehungen der Augenerkrankungen zu denen des Zentralnervensystems eingehende Berücksichtigung. Einige recht gute Abbildungen erläutern den Text.

Die Blennorrhoe beider Geschlechter und ihre Komplikationen bilden den Inhalt des monographischen Lehrbuches von Finger (13), welches die zahlreichen nenen Arbeiten der gonorrhoischen Disziplin in kritischer Übersicht zusammenfasst. Aknte und chronische Urethritis, Vaginitis nnd Vulvitis, sowie sämtliche Neben- und Mischkrankheiten, vorzugsweise auch die gonorrhoischen Rheumatismusformen, Endocarditis blennorrhagica, sowie die Drüsen- nnd Augenerkranknngen sind eingehend abgehandelt. Namentlich ist anch der Therapie in umfassendem Masstabe gedacht, so dass jede an den jeweiligen Stand der Wissenschaft gerichtete Frage ihre auf klinischer und literarischer Basis gegründete Antwort erhält. Die Antoren-, Medikament- und Sachregister sind tunlichst vollständig ansgearbeitet und imstande, weitgehenden Ansprüchen in bezug auf Information zu genügen.

Das Wesentliche der Schrift Notthaffts (41) liegt in der Kennzeichnung des Standpunktes, den der Urologe gegenüber dem allgemein tätigen Arzte einnimmt. Es ist noch nicht lange her, seit es überhaupt wirklich wissenscbaftlich berufeue Spezialisten dieses Gebietes gibt. Solange die Therapie des leicht erkennbaren Leidens sich auf deu akuten Zustand bezog nnd das protrahierte Nachstadium gemeiniglich ignoriert wurde, in einer Zeit, wo die Tragweite der Gonorrhoe unerkannt geblieben war, war auch die Behandlnug der Harnröhreuausflüsse eine einfache und alltägliche Massnahme. Die früher sog. Spezialärzte hatten sich lediglich aus mehr sozialeu und Erwerbsgründen dieser Geschlechtskrankheit zugewandt; ein höheres Wissen wird erst verlangt, seit die Beherrschung der Sekret- und Okulardiagnose zur Einführung gelangt ist. Auch die kompliziertere Technik der Durchspülung, Instillation und Dilatation bedarf besonderer Schulung. Die Ergebuisse einer solchen dem Praktiker zugäugig zu machen nnd ihm in kurzen Zügeu die Hauptpunkte zu erörtern, bildet Zweck und Inhalt dieser Monographie.

Die Einleitung des Werkes von Oberlaeuder und Kollmann (42) hriugt Mitteiluugen über die Ätiologie der cbronischeu Gouorrhoe nnd die bakterizide Methode der Gonorrhoetherapie. Sie führt in das Studium der pathologisch-auatomiscben Schleimhautveränderuugeu ein und lehrt die Benutzung des Urethroskops. In dem Abschnitt Anatomie der Urethra werden nameutlich die für Erlernung der Urethroskopie bedeutsamen anatomischen Einzelheiten hervorgehohen: Die Falten und Drüsen, die Krypten und Colliculi, sowie die ejakulatorischen und prostatischen Kanäle, der Gonococcus, seiue Färbuug, Kultur und Biologie, sein Verhalteu zu deu Geweben, die Urethritis acuta und ihre Erkennung im Urethroskop bilden den Inbalt mehrerer Kapitel, pathologische Anatomie, Sekretion und Seusibilitätsstörungen; alsdann Aufzählung der ärztlicheu Massnahmen, insbesondere der Urethroskopie selbst, sowie Schilderung aller derjenigen Veränderungen, welche auf eudoskopischem Wege zu erkennen sind, macheu den hauptsächlichen Inbalt aus. Es ist den Verff. gelungen, das ganze umfassende Gebiet in prägnauter, dabei durchgreifender Vollständigkeit zu einer sachlich vertiefteu Übersicht zusammenzufasseu. Praktische Hiuweise wechselu mit wissenschaftlicheu Erklärungeu; die allgemeine Pathologie und die verfeinerte Technik der eudoskopischen Methoden sind übersichtlich zusammeugestellt.

B. Krankheiten der Harnorgaue.

Das Handbuch der praktischen Medizin vou Ebstein und Schwalbe (68) bringt im zweiten Bande auch die Kraukheiten der Harnorgane, des männlichen Gescblechtsapparates und die venerischeu Krankheiten aus der Feder von Kümmell uud Jadassohu. Die funktiouelleu Störuugen des mänulichen Geschlechtsapparates hat P. Fürbringer übernommen. Diese drei Autoreu geben in meisterhafter Sachbeherrschung den Stand der Wissenschaft bis in die neueste Zeit zur Kenntnis.

Die Differentialdiaguose der sekundäreu Syphilide auf Haut und Schleimhäuten, die Therapie der Syphilis, das kliniscbe Bild des Ulcus molle, Urethritis in allen Modifikationen, die klinischeu Erscheinungen der kougenitalen Syphilis, Impoteuz, krankhafte Samenverluste, Prostitution und Steinkrankheiten, sowie alle anderen einschlägigen Abschnitte

werden in statistischen Monographien dem Studium zugänglich gemacht. Dazu tritt eine Wiedergabe der gesamten Fachliteratnr wie sie nicht besser zur Unterlage des hetreffenden Quellenstudiums verlangt werden kann.

Die Lehre von den Krankheiten des Harn-, sowie des männlichen Geschlechts-Apparates nehmen einen grossen Teil des vorliegenden Bandes des Eichhorstschen (69) Handhuches ein und hilden in sich eiue vollständige Monographie über uropoetische Pathologie. Hier ist alles zu finden, was die Krankheiten der Nieren (Anämie, Hyperämie, Nephritis, Geschwülste, Hydrops, Difformitäten) sowie die Krankheiten der Blutgefässe betrifft. Ebenso werden die Affektionen des Nierenbeckens und der Harnleiter einschliesslich der Zoonosen abgehandelt. Ein besonderer Ahschnitt betrifft Krankheiten der Harnblase nnd deren funktionelle Störungen. Unter den leidenden Zuständen des Geschlechtsapparates finden vornehmlich Impotenz, Sterilität, sowie Spermatorrhoe und Prostatorrhoe die erforderliche Berücksichtigung. Da auch alle therapeutische Angaben, gegründet auf eigene klinische Erfahrung, znr Sprache gelangen, so eignet sich das Werk zum Nachschlagen wie zur Erweiterung eigenen Wissens.

Die Oerumsche (88) Methodik besitzt für jedweden Zweig ärztlicher Tätigkeit ihre Bedeutung. Für den vorliegenden Jahresbericht kommt hauptsächlich die Untersuchung des Blutes in bezug anf Hämoglobinbestimmung und Blutkörperchenzählung in Betracht, ferner die Prüfung des Harnes, welche einen Hauptteil der gesamten Arbeit ausmacht, und aller übrigen pathologischen Flüssigkeiten, die dem Untersucher zu Gesichte kommen. Das Buch ist mit zahlreichen recht guten Abhildungen ausgestattet, die zum Teil entsprechend koloriert sind. Es stellt eine tunlichst präzise Anweisung dar und kann dazu dienen, die wesentlichsten chemisch-mikroskopischen Untersuchungsmethoden zum Allgemeinbesitz der Ärzte zu machen. Der Tenor ist ein exquisit praktischer, dabei aher sichtlich von eigener akademischer Erfahrung diktiert. Jedenfalls entspricht es in seiner Zusammenstellung einem wahren Bedürfnis.

Die vorliegende Semiotik von Serkowski (94) gibt auf fünf Druckbogen eine Übersicht neuerer Forschungen, die sich auf Kryoskopie, Chemie, Diagnostik, Bakteriologie und Toxologie des Harnes bezieht. Üher 40 kurze Kapitel sind in der übersichtlichen Druckschrift nntergehracht und enthalten eine ganze Anzahl gelehrter Angaben. Eiuige gute Ahbildungen illustrieren den Teil, der den verfeinerten Ansprüchen für Diagnose zu dienen wohl imstande ist.

Das Handhuch von Konya (79) verfolgt den Zweck, eine Leitung bei der chemischen Untersuchung des Harnes zn bilden, hefasst sich aber auch mit den allgemeinen und physikalischen Eigenschaften desselben, gibt die quantitative Bestimmung der festen, sowie diejenige der mineralischen nnd organischen Bestandteile an. Alle normalen und pathologischen Vorkommnisse werden kurz und klar besprochen; ebenso der Bodensatz und endlich die für die heutige Diagnostik so wichtige Kryoskopie des Harnes auschanlich geschildert.

Das kleine Buch ist gelehrter Art und zeichnet sich durch seine Handlichkeit und Gebrauchsfähigkeit für Ärzte, Apotheker und Chemiker in vorteilhafter Weise aus. Hervorgehohen muss werden, dass es den Verf. solcher Leitfäden nnr selten gelingt, hei so konziser Form das

Wissenswerte in gleichzeitig exakter und vertiefender Weise zur Anschannng zu hringen.

Ausgezeichnet durch die Knappheit ihrer Fassung, wie durch die Vollständigkeit ihres Inhaltes, hildet die von Lassar-Cohn (82) geschriebene Anleitnng zur chemischen Untersnchung des Harnes ein wertvolles Nachschlagebnch für jeden Praktiker, dem es auf alle in seiner Tätigkeit auftauchenden Fragen dieses Gehietes schnelle nnd präzise Antwort erteilt. Wir finden dort die qualitativen und quantitativen Bestimmungsmethoden, den Nachweis von Eiweiss, Zucker, Azeton, Azetesslgsäure, von Gallen- nnd Blutfarbstoff, Indican, Schwefelsänre nnd Chlor, der Phosphate und des Ammoniaks in allen gehränchlichen Proben erörtert. Die Kapitel über den Reagenziengehrauch für die Harnanalyse nnd die dazu erforderlichen Apparate enthalten ehenso willkommene Angahen wie der Anhang über die Analyse des Mageninhaltes, nnd somit erreicht die Schrift vollkommen den Zweck, den der Verf. ihr bestimmt hat,

Daiber (66) ist hemüht, alle überhaupt vorkommenden Sedimente des Urins ikonographisch zusammenzustellen, nnd zwar in einer tunlichst naturgetrenen Wiedergabe. Mehr als 100 Abbildungen von hohem technischen und künstlerischen Wert liegen der Schilderung znStunde. Der helehrende Charakter des Werkes dürfte in erster Linie darin zn suchen sein, dass der mikroskopierende Beobachter in den Stand gesetzt wird, seine irgendwie gearteten Befunde an den lichtvollen Tafeln zu kontrollieren. Umgekehrt kann der Neuling alle organischen und unorganischen Beimengungen des Urins übersichtlich studieren. Znm Verständnis dienen knappe Erklärungen, welche jeder Figur heigefügt sind. Ausserdem giht ein helehrender Text alle chemischen, mikrologischen, parasitären, morphologischen nnd sonst pathologischen Bestandteile, welche einer mikroskopischen Prüfung zu unterziehen sind. Dieser schriftliche Teil ist ungemein instruktiv, die Zeichnungen und Mikrophotogramme lebenswahr, auch lässt die Ausstattung nichts zu wünschen ührig.

Die zweite Anflage des Werkes von Casper (65) hat eine wesentliche Vermehrung durch die inzwischen erfolgte Vervollkommnung der Methoden, des Instrumentarium und der Technik anf diesem Gehiete erfahren. Ganz hesonders aher haben die Kapitel, die sich mit der Verwertung der Kystoskopie und des Ureterenkatheterismus für Diagnose nnd Therapie der Nierenkrankheiten hefassen, einer Umarheitung hedurft, und das grosse Gehiet der funktionellen Nierendiagnostik, deren Schöpfer der Verfasser ist, giht dem Handhuch eine so heträchtliche Erweiterung, dass es als eine Nenschaffung hetrachtet werden muss. Dementsprechend finden wir genaue Angahe üher das gesamte Instrumentarium der modernen Kystoskopie sowie eingehende Wiedergabe der Technik. Alsdann werden die Bilder der normalen wie der pathologischen Blase abgehandelt nnd in einem weit umfassenden Ahschnitt die Bedentung der geschilderten Methoden für die Diagnostik der Blasen- und Nierenkrankheiten erörtert. Als praktisch wichtigstes Kapitel erscheinen die Leistungen der intravesikalen Therapie, namentlich soweit sie die Entfernnng von Fremdkörpern hetreffen. Die vordem so unvollkommene Photographie der Blase erweist sich als zn hereits hoher Vollendung entwickelt, und endlich gewinnt der Leser eine Übersicht der Röntgenstrahlen und ihrer Verwendbarkeit soweit sie his his zum Jahre 1905 gediehen war.

Das Bilderwerk, welches Zangemeister (101) anf 27 Tafeln von den kystoskopischen Befunden heim Weihe entworfen hat, giht dem Praktiker in anschaulicher Weise musterhafte Beispiele von allen pathologischen Wahrnehmungen, denen er bei der Anwendung des Kystoskopes in der weihlichen Blase begegnet. Der Ausführung der Tafeln haben Verf. und Verlag grosse Sorgfalt gewidmet, so dass ihre plastische Wirkung dem in Natur geschauten Bilde an Ähnlichkeit möglichst nahe kommt. Nehen einer allgemein orientierenden Einleitung ist jeder der 52 Figuren ein erlänternder Text heigefügt, der zunächst eine sorgfältige Erklärung des geschauten Bildes liefert und alsdann zu den diagnostischen Schlüssen leitet, die sich ans dem Bilde ergeben. So dient der Atlas als vortreffliche Stütze für jeden, der gewöhnt ist, das Kystoskop in seiner Praxis als diagnostisches Hilfsmittel zu verwenden.

Als Unterlage für das Studium der Ureteren-Chirurgie hat vor allem die Gestaltung der anatomischen Verhältnisse zu dienen. Diesem wird der Hauptinhalt vorliegender Abhandlung von Zondek (102) gerecht. Von vergleichenden anatomischen Voruntersuchungen ausgehend, wird die eigenartige Form des menschlichen Ureters auf anererhte Eigentümlichkeit zurückgeführt. Die Untersuchung solcher Ureteren (durch Abhildungen erläutert) ergab, dass hereits der intrauterine Ureter physiologisch Erweiterungen und Verengerungen aufweist. Die Länge des Ureters schwankt zwischen 11 nnd 16 cm und ist unabhängig von der Körperlänge, steht jedoch im Verhältnis zur Lage der Nieren. Anch das normale Lumen ist grosser Verschiedenheit unterworfen. Endlich erscheint die Topographie bedingt von der Lage der Niere und derjenigen der Blase nnd folgt deren pathologischen Veränderungen. Diese und eine ganze Reihe einschlägiger Studien und Beohachtungen dienen dem operativen Arzt unter mannigfachen Verhältnissen und Gesichtspunkten, deren Klarlegung die Zondekschen Untersnchungen erstreben und erreichen.

LXX.

Nachtrag über deutsche Universitätsschriften,

die in die Literaturlisten nicht mehr eingereiht werden konnten.

Beck, Erich, Über Scharlachrezidive. Diss. Leipzig.

Bengsch, Otto, Ein Fall diahetischer Gangrän der Grosszehe; Nachweis der Arteriosklerose im Röntgenbild. Diss. Kiel.

Bernhardt, Georg, Anginen, Scharlach und Gelenkrheumatismus im Anschluss an die Entfernung hyperplastischer Rachenmandeln und andere Operationen in den oheren Luftwegen. Diss. Rostock.

Beyer, Reinhold, Über Herpes zoster. Mitteilung eines Falles von generalisierter Lokalisation. Diss. Greifswald.

Blohm, Richard, Zur Kasuistik der malignen Limhustumoren. Diss. Greifswald.

Bohm, Über pigmentierte, schwimmhosenartige Nävi. Diss. Leipzig.

Bolle, Ludwig, Kasuistischer Beitrag zur operativen Behandlung der Elephantiasis. Diss. Kiel.
Buba, Die Kontagiositätsdauer der Syphilis. Diss. Leipzig.
Christ, Fritz, Untersuchungen über die Muskulatur und das elastische Gewebe in der Milchdrüse der Haussäugetiere. Diss. Giessen, vet.-med. Kollegium.
Dahmen, Franz, Hyperkeratose infolge von Hautatrophie unter Berücksichtigung eines Falles der Strassburger Universitätsklinik für Hautkrankheiten. Diss. Leipzig.
Dörrien, Ernst, Über Riesenwuchs und Elephantiasis congenita. Diss. Leipzig.
Dotschkow, Straschimir, Sklerodermie und Raynaudsche Krankheit. Diss. Berlin.
Engelhard, Wilhelm, Ein Fall von Morbus maculosus Werlhofii mit ungewöhnlichem Ausgang. Diss. Heidelberg.
Fehsenfeld, Georg, Ein Fall von Epidermolysis bullosa congenita. Diss. Göttingen.
Feldmann, Siegfried, Über die Wirkung der Quarzglas-Quecksilberlampe. Diss. Göttingen.
Flörcken, Heinrich, Untersuchungen über die Lebensfähigkeit von Epidermiszellen. Diss. Würzburg.
Frankenstein, Hans, Beitrag zur Kenntnis der Acanthosis nigricans. Diss. Heidelberg.
Gerke, Otto, Die Frage der Resorption und Durchgängigkeit der intakten äusseren Haut des Menschen. Diss. Berlin.
Gerspach, Carl, Tuberkulose eines Pferdes mit rotzähnlichen Geschwüren der Nasenschleimhaut. Vet.-med. Diss. Giessen.
Grobelny, Joseph. Über Psoriasis nach Impfung. Diss. Rostock.
Gumpert, Jacob, Ein seltener Fall eines streifenförmigen Lichen ruber planus. Diss. Leipzig.
Hafemann, Walter, Über Heissluftkauterisation des Ulcus durum. Diss. Rostock.
Hammann, Paul Alfred Leo, Über Acrodermatitis. Diss. Strassburg.
Hauser, Heribert, Untersuchungen über den Vaccineerreger. Diss. Freiburg i. B.
Heesel, Josef, Die Varicen der unteren Extremitäten, ihre Entstehung, ihre Folgen und ihre Behandlung. Diss. München.
Heim, Otto Heinrich, Über Lupus mit Tumorenbildung. Diss. Leipzig.
Heller, Richard, Die Bedeutung der Varicen für Schwangere und Gebärende und ihre Therapie. Diss. Greifswald.
Hertz, Wilhelm Hermann, Über einen Fall von Adenokarzinom des Nabels bei einer 58jährigen Frau. Diss. Würzburg.
Hesse, Friedrich, Über leichte Wärmeeinwirkungen auf die Haut. Diss. Göttingen.
Heydemann, Johannes, Die Variationen des Herpes corneae nach den Beobachtungen der Rostocker Augenklinik vom 1. Oktober 1901 bis 1. Oktober 1904, nebst Mitteilung eines durch Facialis-, Abducens- und Cbordaparese komplizierten Falles von Herpes zoster ophthalmicus. Diss. Rostock.
Hilbing, Rudolf, Beitrag zur Ätiologie und Pathogenese der Psoriasis. Diss. München.
Hoffmann, Curt, Ein Fall von totaler, angeborener und bleibender Atrichie. Diss. Königsberg.
Hoffmann, Max, Über Karzinom der Mammilla. Diss. München.
Koch, Otto, Krampfadern, Krampfaderbrüche und Unfall. Diss. Bonn.
Kormann, Bodo, Über den Bau des Integuments der Regio narium und der Wand des Nasenvorhofes der Haussäugetiere mit besonderer Berücksichtigung der daselbst vorkommenden Drüsen. Diss. Giessen, vet.-med. Kolleg.
Krebs, Georg, Über zwei Fälle von Sklerodermia. Diss. Leipzig.
Kuhls, Hermann, Quantitative Versuche über Giftaufnahme durch die Haut. (Paranitrochlorbenzol, Tropföl, Dinitrotoluol.) Diss. Würzburg.
Lack, Erich, Beitrag zur Lehre von der Hautdiphtherie. Diss. Königsberg.
Lempert, Leonid, Über subunguale Angiosarkome. Diss. Berlin.
Mangelsdorf, Erich, Über einen Fall von Hautmelanomen des Oberschenkels bei gleichzeitig bestehendem Cystadenoma sarcomatodes beider Ovarien. Diss. Berlin.
Mayer, Hans, Disseminiertes Carcinom der Mundhöhle. Diss. München.
Möckel, Paul, Zur Kasuistik der Karbolgangrän. Diss. Giessen.
Nekwasil, Hermann, Der maligne Furunkel nach den Fällen der Leipziger chirurgischen Klinik des Herrn Geheimrat Prof. Dr. Trendelenburg in den Jahren 1896—1904. Diss. Leipzig.
Neubert, Walter, Ein Fall von diffuser Sklerodermie mit Raynaudschem Sym-

ptomenkomplex und Mnskelatrophien nebst Beobachtnngen über Gelenk- nnd Knochenveränderungen mit Hilfe von Röntgenstrahlen. Dise. Kiel.
Ohlomsnn, Julins, Beitrag zur Kenntnie des Erysipeloids nnd dessen Ätiologie. Diss. Göttingen.
Paech, Ernet Adolf, Beiträge znr Klinik der Nasentuberknlose. Diss. Breslan.
Pflanz, Viktor, Über Dermatitis nach Primula obconica. Diss. Rostock.
Pietzner, Leberecht Panl, Über tranmatische Epithelcysten. Diss. Rostock.
Protitech, Georg, Stearinsäureanilidverbindnngen ale Salbengrundlage. Diss Berlin.
Ramshorn, Richard, Über einen Fall von Karbolnekrose und über Experimente zur Feststellnng der Dosis, welche genügt, diese Veränderung der Haut zu erzengen. Diss. Leipzig.
Reiche, Alfred, Klinisch-experimentolle Untersuchungen über den Merknrialismus bei Schweinen. Vet.-med. Diss. Giessen.
Rheindorf, Adolf, Naevus pigmentosus. Beziehungen desselben zn Sommersprossen und Chromatophoromen. Diss. Berlin.
Runge, Hermann, Über einen Fall von Xanthoma tnberosum multiplex. Diss. Strassburg.
Schillinger, Alphons, Über die operative Behandlung des Zungenkrebses. Diss. München.
Schrumpf, Pierre, Über die als Protozoen beschriebenen Zelleinschlüsse bei Variola. Diss. Strassburg.
Schütze, Ulrich, Ein Fall von eineeitiger isolierter totaler Oculomotoriusparalyse auf luetischer Basis. Diss. Kiel.
Spiethoff, Klinische und experimentelle Studien über Blastomykose. Hab. Schr. Jena.
Strauss, Heinrich, Über Koinzidenz von Masern und Diphtherie. Diss. Strassburg.
Süpfle, Karl, Beiträge zur Kenntnis der Vaccinekörperchen. Diss. Heidelberg.
Thiea, Anton, Wirkung der Radiumstrahlen auf verschiedene Gewebe nnd Organe. Diss. Leipzig.
Thomae, Joseph, Die Glandnla vestibularis maior (Bartholini) beim Menschen. Diss. Göttingen.
Tollkühn, Max, Über Erysipelas im deutschen Heere (1882—1902). Diss. Berlin.
Trautwein, Eduard, Eupicin, ein neues Teerpräparat. Diss. Leipzig.
Ury, Sigmar, Beitrag zur Kasuistik der Erythromelalgie. Diss. Rostock.
Voigt, Hugo, Ein Fall von Zungenabszess. Diss. München.
v. Voss, Wilhelm, Die Beteiligung stehengebliebener Drüsen- nnd Haarbalgreste an der Epidermisicrung bei Defekten der Epitheldecke. Diss. Göttingen.
Weeel, Theodor van, Die neueren Methoden der Blepharoplastik. Diss. Freiburg i. B.
Wieczorek, Paul, Ein Fall von diffueem Angioma cavernosum am Arme. Diss. Leipzig.
Wolf, Sylvein, Angioma arteriale racemoeum capitis. Diss. München.

Autoren-Register.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

I. (J.)

K.

L.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

V.

W.

Y.

Z.

Sach-Register.

A.

F.

H.

K.

M.

O.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

X.

Y.

Z.

DERMATOLOGISCHER
JAHRESBERICHT.

UNTER

MITWIRKUNG VON FACHGENOSSEN

UND

IN VERBINDUNG MIT **W. TAMMS**

HERAUSGEGEBEN

VON

O. LASSAR.

ERSTER JAHRGANG:

ÜBER DAS JAHR 1905.

WIESBADEN.
VERLAG VON J. F. BERGMANN.
1907.

Der zweite Jahrgang des **Dermatologischen Jahresberichtes, über das Jahr 1906,** ist bereits in Bearbeitung, bezw. ein grösserer Teil der Beiträge bereits eingegangen, so dass das Erscheinen dieses zweiten Jahrganges in einigen Monaten erfolgen wird.

In der Folge wird dann regelmässig gegen Jahresschluss der Bericht über das vorausgegangene Kalenderjahr herauskommen.

Die Herren Mitarbeiter, die betreffs ihrer Beiträge über das Jahr 1906 noch im Rückstand sind, werden freundlichst gebeten, zur Sicherung zeitigen Erscheinens des zweiten Jahrganges, ihre *Beiträge über* 1906 gefl. spätestens bis 15. Februar 1908 einsenden zu wollen.

VERLAG VON J. F. BERGMANN IN WIESBADEN.

Lehrbuch der

Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Von

Professor Dr. **Eduard Lang** in Wien.

I. Band. **Lehrbuch der Hautkrankheiten.** Mit 87 Abb. M. 14.60.
Gebunden M. 16.40.

II. Band. **Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten.** Mit 85 Abb. M. 10.40.
Gebunden M. 12.—.

Auszüge aus Besprechungen über Lang's Hautkrankheiten.

Das neue Lehrbuch der Dermatologie von Lang, dem wir das ausgezeichnete Lehrbuch der Syphilis und der venerischen Erkrankungen verdanken, ist vorzüglich für das praktische Bedürfnis geschrieben Es ist aber nicht nur für den praktischen Arzt ein gutes Nachschlagebuch, sondern auch für den Fachmann eine interessante Lektüre, weil es ausserordentlich viele der persönlichen Erfahrung des Verfassers entstammende Beobachtungen enthält. Dieses persönliche Gepräge des ganzen Werkes ist neben der schönen Darstellung und steter Berücksichtigung des praktischen Bedürfnisses ein besonderer Vorzug. Zweifellos wird das neue Buch des bekannten und beliebten Autors günstigste Aufnahme finden, die es gewiss verdient. Die Ausstattung ist tadellos.

Kopp i. d. Münchener med. Wochenschrift.



Fig. 49.
Lupus an der Wange, dem Augenlide, dem äusseren Augenwinkel und der Stirne rechterseits.

Der durch seine Erfolge in der operativen Lupusbehandlung bekannte Autor, der vor einer Reihe von Jahren uns ein ausgezeichnetes Lehrbuch der Syphilis gegeben, hat jetzt ein ebenso gutes Lehrbuch der Hautkrankheiten veröffentlicht. Ein Gesamtvorzug des Buches ist Klarheit und Kürze, wobei nichts wesentliches übergangen ist. Ganz besonders muss noch der Umstand hervorgehoben werden, dass die Abbildungen in ihrer Ausführung geradezu meisterhaft sind. Auch sonst ist die typographische Ausstattung eine glänzende. Wir begrüssen das Buch als ein wertvolles Hilfsmittel, um die Kenntnis der Dermatologie zu verbreiten.

Prof. Ehrmann in der Wiener med. Wochenschrift.

Eine grosse Anzahl gut gewählter, prägnanter klinischer Abbildungen in Holzschnitten, einige flott und klar geschriebene einleitende Kapitel über Bau und Funktionen der Hautgebilde, über allgemeine Ätiologie und Therapie, die dem speziellen Teile vorausgehen und eine reichhaltige Sammlung von erprobten Ordinationsformeln am Schlusse des Buches

vervollständigen das Werk. Trotzdem heute gewiss kein Mangel an branchbaren und guten Hand- und Lehrbüchern der Dermatologie mehr herrscht, Schulen und Ansichten aller Art darunter vertreten sind, bedeutet das vorliegende gewiss eine wertvolle Bereicherung der



Fig. 69.

Comedonen mächtiger Entwickelung.

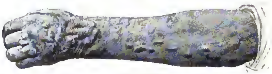


Fig. 82.

Multiples Sarkom.

Fachliteratur, ja es muss vom scientifischen wie didaktischen Gesichtspunkte als eines der besten Studienbehelfe des Faches bezeichnet werden.

Ein angenehmer Druck und vornehme Ausstattung kommen ihm überdies zu statten.

Dr. K. Ullmann i. d. Wiener med. Presse.

Auszüge aus Besprechungen über Lang's Geschlechtskrankheiten.

Wem Langs meisterhafte Schilderungskunst, subtile Beobachtungsgabe und heiliggehaltene sachliche Gewissenhaftigkeit geläufig sind, wird schon nach kurzem Blättern erkennen, dass dieses Kompendium sich ebenbürtig seinem Vorläufer anreiht und alle Vorzüge wiederspiegelt, welche dem in unermüdlicher Eigenforschung, objektiver Nachprüfung und nie erlahmender klinischer Scharfsichtigkeit abgeklärten Gelehrten eigen sind.

„Centralblatt f. d. ges. Therapie."

Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Von Professor Dr. **Eduard Lang,** Wien.

Das vorliegende Buch ist der zweite Band eines Lehrbuches der Haut- und Geschlechtskrankheiten, dem vor einigen Jahren ein Lehrbuch der Syphilis vom gleichen Autor vorausgegangen war. Wie schon in den früheren Werken des rühmlichst bekannten Verfassers, der an dem reichen Materiale einer Syphilisahteilnng im Allgemeinen Krankenhause in Wien genugsam Gelegenheit zu ergiehigen Studien und Beobachtungen, wie auch zur Erprohung sämtlicher moderner Heilfaktoren hat, drückt sich anch in diesem Werke, das den „venerischen Katarrh" (von gewöhnlichen Sterhlichen Tripper genannt), das venerische Geschwür und die Syphilis in ihrer Pathologie und Therapie umfasst, die Eigenart der Schnle aus. . . . . Ein langjähriger Schüler Langs, Eduard Deutsch, hat den Autor in der Abfassung des Werkes „eminent" unterstützt. Die Ausstattung des Buches durch den Verleger ist mustergiltig, hesnnders hervorgehnben zu werden verdienen die zahlreichen, trefflich gelungenen, instruktiven Illustrationen.

Halbmonatsschrift f. Haut- u. Harnkrankh.



Fig. 55.
Ringförmiges (vielleicht kokkogenes) Geschwür an der Zunge.

In unermüdlichem Fleisse hat Lang neben seinen Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis sowie den Vorlesungen über den venerischen Katarrh nnd das venerische Geschwür jetzt wieder eine zusammenfassende Darstellung der Geschlechtskrankheiten herausgegeben. Dieses Werk schliesst sich würdig dem bereits früher (1902) vnn demselben Verf. herausgegebenen Lehrhuche der Hautkrankheiten an. Hier wie dnrt scharfe Beobachtungsgabe, grosse Erfahrung und Hervorhebung des naturwissenschaftlichen Verlanfes der einzelnen Krankheitsbilder. Eine grosse Reihe (85) vorzügliche Abbildungen unterstützen die glänzende Darstellung und 222 Ordinationsformeln am Schlusse des Buches werden dem Praktiker gewiss schätzenswert sein.

Berliner klinische Wochenschrift.



Fig. 49.
Syphilitische Nagelerkrankung an den Zehen.

Prof. Lang, der Verf. der ausgezeichneten „Vorlesungen über Pathnlogie und Therapie der Syphilis" wirkt unermüdlich weiter für Verbreitung der Lehre von der Erkenntnis und der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. So hat er jüngst ein Lehrhuch herausgegeben, das einerseits ein notwendiges Seitenstück bildet zu dem im Jahre 1902 erschienen Lehrhuch der Hautkrankheiten; andererseits, für sich betrachtet, ein kürzeres und darum wohl weiteren Kreisen zugängliches Werk darstellt, als die grossen Vorlesungen üher die Syphilis und die sich daran reihenden

über den venerischen Katarrh und das venerische Geschwür. Alle in den Arbeiten Langs oft gerühmten Vorzüge finden sich in dem neuen Lehrbuch wieder; der klare eindringliche Vortrag, die weitumfassende Literaturkenntnis, die überall hervorleuchtende reiche Erfahrung und die besonnen und meist überzeugend daran geknüpften Schlüsse für Praxis und Theorie. . . .

. . . Das schön ausgestattete Lehrbuch ist durch eine grosse Anzahl vortrefflicher, höchst lehrreicher Abbildungen noch wertvoller gemacht. Wir zweifeln nicht, dass es einen grossen dankbaren Leserkreis finden wird. *Archiv für Dermatologie u. Syph. Bd. LXXI.*



Fig. 57.

Ulcera gummosa serpiginosa der Nase und Stirne (Knochen und Knorpel bedrohend).

Es ist hervorzuheben, dass das Lehrbuch bei aller Kürze eine erschöpfende Darstellung der venerischen Krankheiten bietet, deren „naturwissenschaftlicher Verlauf" in exakter Weise vor Augen geführt wird.

Es ist mit Freude zu begrüssen, dass die verwirrenden und unhaltbaren Ausdrücke „sekundäre" und „tertiäre" Syphilis gänzlich vermieden werden, statt dessen spricht L. von irritativen und gummösen Prozessen.

Hervorheben möchten wir, wegen der gründlichen und klaren Behandlung, das wichtige Kapitel der Therapie der Syphilis. Zahlreiche Rezepte, dem Buche als Anhang beigegeben, dürften dem Praktiker willkommen sein. So wird das Lehrbuch neben den „Vorlesungen" L's seinen Platz würdig behaupten als eine klare, kurze und doch erschöpfende Darstellung eines Gebietes, das an sozialer Bedeutung Tag für Tag mehr gewinnt.

Schmidt's Jahrbücher der Medizin.

Ich habe mir in den nachstehenden Vorträgen die Aufgabe gestellt, dem Praktiker zu zeigen, wie weit er selbst in seinem Handeln gehen kann und soll, und was, wenn sein Können nicht mehr ausreicht, die klinische Geburtshilfe leisten kann.

Vorläufig verlangt das Interesse der gebärenden Mutter, das Gebiet zwischen beiden richtig abzugrenzen. Für die Zukunft muss die Aufgabe die sein, unsere Schüler soweit zu bringen, dass sie wieder das ganze Gebiet beherrschen lernen.

Natürlich ist es unmöglich, in diesen kurzen klinischen Vorträgen das grosse Gebiet der heutigen Geburtshilfe erschöpfend zu behandeln; sie sollen nur dem in der Praxis stehenden Arzt an der Hand der Erfahrung Ratschläge für sein Handeln bieten.

Soweit wie nötig habe ich daher, um das Gesagte anschaulicher zu gestalten, Zeichnungen beigefügt. Für die Beihilfe bei deren Herstellung bin ich dem Oberarzt meiner Klinik, Privatdozent Dr. Schickele, sowie dem zur Klinik kommandierten Oberarzt Dr. Karsten dankbar verpflichtet.

Mögen diese Vorschläge dem praktischen Geburtshelfer ein treuer Berater werden, dann ist mein Zweck erreicht.

Sils Maria (Engadin) August 1907.

Fehling.

Inhalt.

XV. Komplikation der Schwangerschaft und Geburt mit Geschwülsten des Eierstockes und der Gebärmutter. 1. Ovarialtumoren in Schwangerschaft und Geburt. 2. Myome des Uterus in Schwangerschaft und Geburt. — XVI. Die Komplikation von Collumkarzinom mit Schwangerschaft und Geburt. — XVII. Die Behandlung der Extrauterinschwangerschaft. XVIII. Behandlung der Uterusruptur.

Anhang.

XIX. Erkenntnis und Verlauf der Geburt beim engen Becken. — XX. Behandlung der Geburt beim engen Becken im allgemeinen und bei den besonderen Formen der Beckenverengung.

Druck der Kgl. Universitätsdruckerei von H. Stürtz in Würzburg.

Inhalts-Verzeichnis.

I. Band.

II. Band.

und vertiefend wirkt; auf Einzelheiten einzugehen verbietet sich im Rahmen eines kurzen Referats.

Die Darstellung ist durchweg flüssig, knapp, den Anforderungen eines dem allgemeinen Gebrauch dienenden Handbuchs entsprechend; sie wird durch zahlreiche vortreffliche Abbildungen unterstützt. Der Druck ist gross und übersichtlich, die Ausstattung eine mustergültige.

So wird das Handbuch sicher auch weiterhin dem Arzte der allgemeinen Praxis ein bewährter Führer, dem Fachmann ein für wissenschaftliche Arbeit unentbehrliches Nachschlagebuch bleiben, dessen eingehende Lektüre ihm in stiller Stunde einen reinen Genuss bietet — nicht zum mindesten deshalb, weil vielfach in der Darstellung der einzelnen Mitarbeiter subjektive Erfahrungen und Anschauungen zum Ausdruck kommen.

(F. Kayser, Köln, i. d. Fortschr. d. Medizin. Nr. 16.)

.... Das vorliegende Handbuch verfolgte einen dreifachen Zweck: Es sollte dem Gynäkologen den gegenwärtigen Stand seiner Spezialdisziplin darlegen, dem Arzte, der sich bei der praktischen Tätigkeit über schwierigere Fragen schnelle Klarheit verschaffen muss, ein bequemer und sicherer Helfer sein, und den Studierenden Gelegenheit bieten, die geltenden Anschauungen in übersichtlicher Darstellung kennen zu lernen. Diesen Zwecken ist das Werk vollauf gerecht geworden, so dass nach relativ kurzer Zeit eine neue Auflage notwendig wurde. Es besteht kein Zweifel, dass das Werk, das nun wieder auf der Höhe der heutigen Erkenntnis steht, in seiner neuen Form den alten Beifall bei den engeren Fachgenossen des Herausgebers, wie bei Ärzten und Studierenden finden wird. *(Medico 1907, Nr. 8.)*

.... Der erste Band dieses Sammelwerkes erreicht vollkommen das im Vorwort gesteckte Ziel, neben einer Übersicht über den gegenwärtigen Stand der Gynäkologie auch die neuen, durch die soziale Gesetzgebung entstandenen praktischen Fragen zu berücksichtigen. Neue tüchtige Mitarbeiter sind an Stelle der durch den Tod oder aus anderen Gründen ausgeschiedenen getreten Schon das erste Kapitel „Die Verhütung der Infektion in der Gynäkologie“ hat an Stelle Löhleins durch Franz eine ausgezeichnet klare, das riesig angewachsene Material knapp umfassende Darstellung gefunden.

.... Der wichtige Abschnitt „Lage und Bewegungsanomalien des Uterus und seiner Nachbarorgane“ ist durch den ursprünglichen Autor Küstner durch mehrere Kapitel, wie die Retroversio-flexio uteri gravidi, ferner Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei Prolaps und endlich durch das für den Praktiker so wichtige Thema über die Beziehungen der Lageveränderungen zur Unfallgesetzgebung in dankenswerter Weise ergänzt worden.

.... Die Anatomie und Histogenese der Uterusmyome hat (an Stelle Gebhards) in R. Meyer einen durch seine Forschungen auf diesem Gebiete sehr berufenen Vertreter gefunden. Tiefgreifende Änderungen finden sich besonders in bezug auf die Adenomyome. Zahlreiche Abbildungen eigener Präparate ergänzen die vielfach sehr guten alten, zum Teil von der Meisterhand Ruges stammenden.

... Die Ätiologie, Symptomatologie, Diagnostik, Prognose der Myome von J. Veit gibt zunächst eine kritische Übersicht über die neueren Hypothesen über die Ätiologie, speziell diejenige Ribberts. Besonders wichtig für den Praktiker ist die ruhige Abwägung der Prognose der Myome, und zwar in demselben konservativen Sinne wie späterhin durch Olshausen.

.... Die abdominalen Myomoperationen werden von Olshausen in derselben Anordnung wie in der ersten Auflage abgehandelt, aber ergänzt durch die Fortschritte des letzten Dezenniums und die reichen Erfahrungen des Autors in klinischer und privatärztlicher Tätigkeit, wie sie sich in zahlreichen beigegebenen interessanten Kranken- und Operationsgeschichten widerspiegeln.

.... Die Ausstattung des Werkes ist glänzend; die zum Teil in Buntdruck ausgeführten Abbildungen machen einen naturgetreuen, oft plastisch wirkenden Eindruck und erleichtern wesentlich das Verständnis.

(Deutsche med. Wochenschr.)

Druck der kgl. Universitätsdruckerei von H. Stürtz in Würzburg.